

# Revista electrònica de Medicina d'Urgències i Emergències de Catalunya

SoCMUE ReMUE.c@t

Setembre-Desembre 2020

Volum 7, núm 2

Dipòsit legal: B 24256-2013.  
ISSN: 2339-8604

   @SoCMUE

[www.remue.cat](http://www.remue.cat)

### ***Casos clínics***

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Que demani un desig: 10 anys compartint, ensenyant i aprenent. ....       | 3  |
| No veig ni un mico! .....                                                 | 8  |
| No tot és futbol .....                                                    | 12 |
| Falsas apariencias .....                                                  | 15 |
| Marxo a Filipines i no puc orinar .....                                   | 20 |
| Aquest és un altre cas de tuberculosi. O no? .....                        | 25 |
| Què fer en una parèsia d'extremitats inferiors sobtada a urgències? ..... | 30 |
| Síndrome còndil occipital .....                                           | 33 |
| T'has passat amb la sal! .....                                            | 36 |
| Segueix el teu instint .....                                              | 38 |

### ***Casos clínics imatge***

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| El amor a veces duele .....                                                           | 41 |
| L'hernia no podia esperar .....                                                       | 42 |
| Unas ampollas muy particulares .....                                                  | 43 |
| Massa mediastínica? No, arc aòrtic dret amb artèria subclàvia esquerra aberrant ..... | 44 |
| "Colon-ització" toràcica .....                                                        | 45 |

# Que demani un desig: 10 anys compartint, ensenyant i aprenent.

**Dr. Emili Gené Tous**

President Comitè Científic SoCMUE, Servei d'Urgències. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Data recepció: 01.11.2020

Data acceptació: 10.11.2020

Mail: emili.gene.tous@gmail.com

Lloc de treball: Servei d'Urgències. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Forma de citació: Gené E. *Que demani un desig: 10 anys compartint, ensenyant i aprenent.*

ReMUE.c@t 2020;7(2):3-7

Març de 2010, havia caigut una important nevada a Catalunya. Encara recuperant-me dels danys col·laterals, vaig rebre una trucada: taula reservada a les 15:00 h per tres comensals a un restaurant al davant de l'Hospital Clínic. Allà, Sílvia i Miquel m'explicaven un projecte més per desenvolupar aquell mateix any. Tot un repte.

Avui, 10 anys després, aquell embrió de projecte s'ha consolidat com una Jornada de referència en el món de les Urgències a Catalunya. Els residents que varen presentar el seu primer cas clínic a la primera Jornada de Casos Clínics d'Infeccions als Serveis d'Urgències (11/11/2010) (*Imatge 1*), són avui adjunts que supervisen els casos presentats pels seus residents i en alguns casos, fins i tot moderen comunicacions orals i formen part del Comitè Científic de la Jornada. Un somni fet realitat i així, vàrem "bufar" les espelmes del primer any.

Podem afirmar que aquesta Jornada, que aquest any ha arribat a la desena edició (*Imatge 2*), té una bona salut. Així ho demostren les xifres de participació de la darrera edició: 280 inscrits, 170 casos clínics rebuts i 26 centres sanitaris participants. Hem vist com cada any es presentaven més casos clínics, en total s'han rebut 905 casos i han participat fins a 40 centres sanitaris diferents (*Taula 1*). Quina bogeria i quina responsabilitat des del punt de vista organitzatiu. Per poder donar resposta a aquest increment de casos, s'ha fet indispensable disposar d'un gran equip i incrementar els membres del Comitè Científic de la Jornada per fer una valoració global dels mateixos. No obstant, malgrat l'increment de casos, hem estat fidels a la idea original de valoració dels mateixos. Els membres del Comitè Científic han llegit tots els casos en cada edició i han seleccionat aquells que els hi semblaven més docents i els que els hi faria ganes poder escoltar en presentació oral, deixant a banda la raresa. L'increment de casos ha



**Imatge 1:** Portada del díptic de la I Jornada de Casos Clínics d'Infeccions als Serveis d'Urgències.



**Imatge 2:** Portada del díptic de la X Jornada de Casos Clínics d'Infeccions als Serveis d'Urgències.

| Centre         | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2020 | Total |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Althaia        | 6    | 17   | 29   | 14   | 22   | 15   | 17   | 15   | 19   | 21   | 143   |
| H Sta Tecla    | 0    | 0    | 3    | 7    | 9    | 7    | 9    | 15   | 18   | 24   | 92    |
| H Taulí        | 1    | 2    | 5    | 5    | 6    | 8    | 9    | 9    | 24   | 22   | 91    |
| H Can Ruti     | 0    | 1    | 0    | 4    | 5    | 11   | 14   | 8    | 14   | 17   | 74    |
| H Mar          | 4    | 3    | 7    | 11   | 2    | 3    | 12   | 3    | 10   | 19   | 71    |
| H Mataró       | 1    | 2    | 0    | 2    | 2    | 8    | 17   | 14   | 7    | 5    | 57    |
| H Mollet       | 0    | 1    | 3    | 5    | 9    | 7    | 6    | 9    | 7    | 4    | 51    |
| H Clínic       | 4    | 5    | 5    | 6    | 6    | 8    | 4    | 1    | 5    | 3    | 47    |
| Mútua Terrassa | 1    | 2    | 0    | 2    | 2    | 2    | 5    | 6    | 7    | 4    | 31    |
| H Joan XXIII   | 0    | 2    | 3    | 2    | 1    | 2    | 5    | 3    | 4    | 7    | 29    |
| H Bellvitge    | 1    | 5    | 3    | 5    | 1    | 1    | 2    | 0    | 4    | 0    | 22    |
| H General Cat  | 3    | 3    | 0    | 3    | 0    | 6    | 0    | 2    | 0    | 1    | 18    |
| Vall d'Hebron  | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 3    | 9    | 12    |
| H Calella      | 0    | 3    | 0    | 2    | 1    | 0    | 0    | 3    | 1    | 1    | 11    |
| CS Garraf      | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 4    | 6    | 10    |
| Arnau Vilanova | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 1    | 7    | 10    |
| Sant Camil     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 9    | 0    | 9     |
| H Blanes       | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 4    | 3    | 0    | 0    | 8     |
| H Granollers   | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 4    | 2    | 0    | 0    | 1    | 8     |
| H Palamós      | 0    | 0    | 1    | 2    | 0    | 1    | 3    | 0    | 0    | 0    | 7     |
| H Trueta       | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 1    | 4    | 7     |
| H Vic          | 0    | 1    | 0    | 0    | 1    | 0    | 3    | 1    | 0    | 0    | 6     |
| H Esperit Sant | 1    | 0    | 1    | 2    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 6     |
| F. Puigvert    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 3    | 5     |
| H Sagrat Cor   | 0    | 0    | 3    | 1    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 5     |
| H Sant Pau     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 4    | 0    | 1    | 0    | 5     |
| CS Terrassa    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 3     |
| Moisés Broggi  | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 3    | 3     |
| H Figueres     | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 2     |
| H Igualada     | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 2     |

**Tabla 1.** Casos clítics per centre sanitari i any defensats a les Jornades de Casos Clítics d'Infeccions als Serveis d'Urgències.

comportat també un increment de la qualitat i això ha fet posar en dificultats als membres del Comitè Científic a l'hora de seleccionar els casos escollits per la presentació oral (entre 10 i 14 en cada Jornada). Alhora, cada any ha estat més difícil pels autors que els seus casos fossin escollits per presentar-se en format oral (Taula 2). Hi ha que agrair als autors que hagin buscat títols imaginatius, títols que han despertat l'interès per escoltar-los ("Tot va començar amb els calamars", "El amor a veces duele", "Feu-me cas, se m'inflen els ous" o "No tot és futbol"). Per altra banda, hem vist casos clínics de totes les etiologies i cada any hem rebut casos propis de l'actualitat d'aquell any (Tètanus, brot de botulisme, brot d'enterovirus, infeccions per Zika o el brot de gastroenteritis per beure aigua envasada a Andorra) però els germans protagonistes d'aquests 900 casos, dit

de cap, sense por a equivocar-me i que la Dolors em corregeixi, han estat: *Listeria monocytogenes*, *Micobacterium tuberculosis* i *Streptococcus sp.* La mortalitat dels casos presentats no ha estat menyspreable, al voltant del 10%.

D'altra banda, dins del procés docent i després de cada edició, toca fer balanç, autoavaluar-se i redissenyar el programa amb el compromís de millora. Amb el pas dels anys hem mantingut sempre la mateixa estructura, però aportant continguts innovadors. En aquest sentit, destacar dos d'ells. El primer, la presentació de casos clínics en imatges. Diuen en comunicació que una imatge val més que mil paraules. Així les tres darreres edicions vàrem incloure casos clínics basats només en una imatge i un petit comentari de la mateixa de menys de 200 paraules. El segon va ser incloure un concurs de

| Centre         | 2010      | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016      | 2017      | 2018      | 2020      | Total      |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Althaia        | 2         | 3         | 3         | 2         | 0         | 2         | 2         | 3         | 1         | 2         | 20         |
| H Clínic       | 4         | 1         | 3         | 2         | 2         | 4         | 2         | 1         | 1         | 0         | 20         |
| H Can Ruti     | 0         | 0         | 0         | 2         | 2         | 3         | 4         | 2         | 3         | 3         | 19         |
| H Mar          | 4         | 2         | 3         | 4         | 1         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 15         |
| H Taulí        | 1         | 0         | 1         | 0         | 2         | 2         | 0         | 2         | 1         | 1         | 10         |
| H Sta Tecla    | 0         | 0         | 1         | 2         | 2         | 1         | 0         | 1         | 1         | 1         | 9          |
| H Vic          | 0         | 1         | 0         | 0         | 1         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 3          |
| H Bellvitge    | 0         | 1         | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 3          |
| H Joan XXIII   | 0         | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 3          |
| H Mataró       | 1         | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 2          |
| H Calella      | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| H Esperit Sant | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| H General Cat  | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| CS Terrassa    | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| Mútua Terrassa | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 0         | 1          |
| H Mollet       | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| St Joan de Déu | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 1          |
| Vall d'Hebron  | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 1          |
| Moisés Broggi  | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 1          |
| F. Puigvert    | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 1          |
| Arnau Vilanova | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| H Palamós      | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | 1         | 0         | 0         | 0         | 1          |
| <b>Total</b>   | <b>14</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>12</b> | <b>10</b> | <b>10</b> | <b>10</b> | <b>116</b> |

**Tabla 2.** Casos clínics per centre sanitari i any defensats en presentació oral a les Jornades de Casos Clínics d'Infeccions als Serveis d'Urgències.



preguntes i respostes sobre casos clínics d'anys anteriors. La introducció d'aquests canvis ens ha ajudat a donar major vida i major participació a la Jornada.

Tot això no ho hem fet sols. Des de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències i des dels que hem participat en el Comitè Científic d'aquesta Jornada tenim molt clar que no ho hem fet sols. Una vegada mes, ho hem fet entre tots amb la força de l'equip. Vosaltres, els que hi heu assistit, els que heu escrit els casos i heu preparat la seva presentació i defensa, heu estat els veritables protagonistes que ens heu empès a fer més i millor cada any. En definitiva, aquestes Jornades s'han pogut dur a terme per la feina que ha fet molta gent, per tant, és el moment de donar les gràcies a tots. Als patrocinadors, a les secretaries tècniques, a l'Institut de Microcirurgia Ocular (IMO) i a l'Acadèmia, molt especialment al Jaume per la seva dedicació, empena i il·lusió en el projecte.

Però "*escriurem que tot no va ser fàcil*", gens ni mica. Lluny queden els 24 i els 51 casos clínics presentats a la primera i segona Jornada respectivament. Hem crescut, ens hem fet grans, hem incorporat experts en malalties infeccioses que han donat des de l'inici un valor afegit i hem incorporat residents a les moderacions i al Comitè Científic que han donat sentit a la Jornada, ells han estat els veritables protagonistes. La inscripció sempre ha estat gratuïta per aquells professionals de centres sanitaris que almenys presentin un cas. No obstant, cada any depenem del patrocini per poder portar a terme aquesta Jornada en aquestes condicions, i quan no hem tingut aquest patrocini hem seguit buscant suports diversos i ho hem aconseguit. També hem hagut d'afrontar el repte de buscar noves seus que fossin capaces de donar la mateixa cobertura tècnica i confort que el *Gran Hotel Rey Don Jaime* a Castelldefels i ho hem fet. Les edicions de 2017 i 2018 les hem fet a l'IMO i la del 2020 a Caixaforum amb el suport de l'Obra Social "La Caixa". Hem volgut que la feina feta i la ciència de la Jornada poguessin tenir ressò a la societat i també ho hem aconseguit mitjançant diverses notes de premsa que han impactat als mitjans de comunicació (1).

"*Cantarem la nostra vida en un paper*". Aquest va ser un dels motius pel que va néixer la Revista de Medicina d'Urgències i Emergències de Catalunya (ReMUE). No era possible que la qualitat dels casos que es presentaven no pogués tenir continuïtat. Així, neix l'any 2014 ReMUE (2) i cada any publica els millors casos presentats a la Jornada.

"*Marxarem amb els dies regalats i amb el somriure dels que ja no hi puguin ser*". En aquestes deu edicions ha passat molta gent com a ponent, com a moderador i com a assistent. No obstant, és el moment de tenir un record molt especial pel Dr. Jose Luis Echarte (Servei d'Urgències. Hospital del Mar. Barcelona) que va donar suport de forma entusiasta a aquesta iniciativa, es va implicar des del punt de vista docent i va fer que els residents fessin seva aquesta Jornada. Per tots aquests

motius, l'any 2015 es va instaurar un premi, que porta el seu nom (*Imatge 3*), per la millor comunicació oral de casos clínics d'infeccions presentada per un resident (*Taula 3*).



Imatge 3. Imatge de l'estatueta del premi José Luís Echarte

| Any  | Cas                                                                                      | Autor                    | Centre                                                   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| 2015 | Home de 68 anys amb dolor muscular.                                                      | Laura Soldevila Langa    | Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.             |
| 2016 | On t'amagues? Bacterièmia recurrent per <i>S. enteritidis</i> en pacient immunodeprimit. | Enrique Montagud Marrahí | Hospital Clínic.                                         |
| 2017 | Alteració neurològica i obinutuzumab.                                                    | Adrià Steinherr Zazo.    | Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.             |
| 2018 | El repte del diagnòstic de lesions cutànies en un món globalitzat.                       | Judit Serra Ramonet      | Althaia.<br>Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. |
| 2020 | No veig ni un mico                                                                       | Anna Esquerrà Molas      | Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.             |

**Tabla 3.** Casos i autors guanyadors de les cinc edicions del premi José Luís Echarte.

Finalment, la música i la cultura també hem volgut que tinguin un paper rellevant. La música, seleccionada expressament a cada edició, ha estat present en les entrades i sortides de cada sessió. En aquest punt volia destacar algunes de les més representatives: "Qualsevol nit pot sortir el sol" de Jaume Sisa, "Escriurem" de Miki Nuñez i "Tornarem" de Lax'n'Busto. A més, aquest darrer any volíem fer alguna cosa diferent, especial i que ens ajudés a celebrar el desè aniversari. Així vàrem aprofitar l'oferta cultural que oferia Caixaforum i els assistents varen poder fer una visita guiada a les dues exposicions que hi havia en aquell moment: "Càmera i ciutat: la vida urbana en la fotografia i el cinema" i "Òpera: passió, poder i política".

Per anar acabant, desitjar que puguin aprendre dels casos que publiquem en aquest número de ReMUE. Diu la llegenda que, en bufar les espelmes, no es pot dir el desig que demanes (*Imatge 4*), però sí que puc dir que seguirem compartint, seguirem ensenyant i seguirem aprenent, perquè per atrevir-se a ensenyar mai has de deixar d'aprendre. Com diu Mahatma Ghandi, "fes de la teva vida un somni, i del teu somni una realitat". Per molts d'anys família, que continuï la festa!

#### Bibliografia:

1. Redacció. Las infecciones de bacterias resistentes crecen en los Servicios de Urgencias. La Vanguardia. 4/11/2018. Online.

<https://www.lavanguardia.com/vida/20181104/452725211492/las-infecciones-de-bacterias-resistentes-crecen-en-los-servicios-de-urgencias.html> Darrer accés 10/11/2020.

2. Vídeo promocional de la Revista de Medicina d'Urgències i Emergències (ReMUE@cat) de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències (SoCMUE). 2013. Online. <https://www.youtube.com/watch?v=4iP7eD6wHPE> Darrer accés 10/11/2020.



**Imatge 4.** "Que demani un desig". X Jornada de Casos Clínics d'Infeccions als Serveis d'Urgències.

# No veig ni un mico!

Anna Esquerrà<sup>(1)</sup>; Laura Martínez<sup>(2)</sup>; Guillem Casamayor<sup>(3)</sup>; Pablo Díaz<sup>(4)</sup>; Nevena Romanic<sup>(5)</sup>; Neus Robert<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Resident Medicina Interna; <sup>(2)</sup>Resident Medicina Familiar i Comunitària,

<sup>(3)</sup>Metge Adjunt Servei d'Urgències, <sup>(4)</sup>Resident Servei d'Oftalmologia,

<sup>(5)</sup>Metge Adjunt Servei Oftalmologia

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autora: Anna Esquerrà

Lloc de treball: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: anna.esquerra.molas@gmail.com

Forma citació: Esquerrà A, Martínez L, Casamayor G, Díaz P, Romanic N, Robert N. *No veig ni un mico!*. ReMUE.c@t 2020;7(2):8-11

**MOTIU DE CONSULTA:** malestar general i visió borrosa

## ANTECEDENTS PERSONALS:

Dona de 34 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Natural de Xile. No refereix hàbits tòxics. Antecedent només de gastritis crònica amb infecció per *H. Pylori* pel qual havia realitzat tractament erradicador correctament.

## MALALTIA ACTUAL:

Consulta a Urgències d'Oftalmologia un 8 d'agost per visió borrosa de dues setmanes d'evolució que s'acompanya, els últims dos dies, d'escotoma en regió temporal de l'ull esquerre. A l'anamnesi dirigida, la pacient refereix viatge a Bolívia el mes de maig anterior on havia realitzat un voluntariat cuidant simis (*Cebus capucinus*, *Ateles spp.*...), pel que havia rebut múltiples mossegades per part dels primats així com picades de mosquit.

A destacar durant el viatge, quadre de mialgies, febre persistent i adenopaties pel que consulta a un hospital, on s'orienta com a síndrome mononucleòtica per Citomegalovirus, i administren tractament simptomàtic, corticoides parenterals

i antibiòtic amb ciprofloxacina (per sospita d'infecció urinària concomitant). Posteriorment, la pacient consulta a un centre de Medicina natural al Perú on realitza tractament amb plantes medicinals (ayahuasca i ojé).

Finalment, la pacient arriba a Espanya el 14 de juliol, on consulta a un altre centre realitzant-se anàlítica completa amb múltiples serologies on destaca immunitat positiva per a Citomegalovirus (CMV) (títols IgG suggestives d'infecció >3 mesos) i Virus Epstein-Barr (IgG+). Les serologies per a VIH, arbovirus, Rickettsia, Leptospira, Toxoplasma, Parvovirus, Brucella i Lyme resulten negatives.

## EXPLORACIÓ FÍSICA:

TA 103/60mmHg, FC 68 bpm, FR 18 rpm, Sat 98%, T<sub>a</sub> 36°C

Bon estat general, normohidratada i normocolorejada, amb exploració sistemàtica per aparells sense troballes significatives. No es palpen adenopaties.

## PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES A URGÈNCIES:

Inicialment, la pacient és valorada pel servei d'Oftalmologia qui realitza un fons d'ull on s'objectiva **retinitis hemorràgica difusa** en el quadrant nasal inferior, d'aproximadament 3mm de diàmetre de papila amb vitritis moderada, pel que es cursa mostra d'humor aquós.

Posteriorment és valorada per la guàrdia de Medicina on es realitza una anàlítica amb hemograma sense alteracions, funció renal i hepàtica conservades. Es cursen també serologies i paràmetres d'autoimmunitat.

## DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES:

- **CORIORETINITIS:** la pacient presenta com a únic signe guia visió borrosa amb fons d'ull que confirma lesió a nivell de úvea posterior amb vitritis moderada. Dins les possibles etiologies:

- Causa infecciosa: donat que la pacient presenta com a antecedent viatge a zona endèmica i contacte amb espècies de primats, és la primera etiologia a tenir en compte:

- Citomegalovirus: es presenta amb lesions típiques blanquinoses i granulars associades a hemorràgia (fons en "salsa de tomata"). En el cas de la nostra pacient, la lesió podria ser suggestiva.

- Toxoplasma: causa freqüent d'uveïtis posterior tot i que la lesió característica presenta plaques blanquinoses-grogues amb una àrea grisosa de marges mal definits. Són necessàries les serologies pel diagnòstic. Consta en la bibliografia casos de Toxoplasmosi (concretament meningitis) en l'espècie *Cebus*



capucinus, pel que podria tenir relació amb l'ambient epidemiològic de la pacient.

- Tuberculosis: sol cursar com a uveïtis granulomatosa sense manifestació sistèmica. Poc suggestiu com a agent etiològic pel tipus de lesió visualitzada a fons d'ull.

- Arbovirus: Tot i que en la literatura consten múltiples casos de presentacions oculars i la pacient procedia de zona endèmica, solen anar acompanyats de clínica sistèmica (febre, artromiàlgies, rash...), pel que no seria el diagnòstic de primera elecció.

- Dengue: poden presentar una clínica molt variada en forma de visió borrosa com a símptoma més típic, escotoma, edema macular i hemorràgies

- Chikungunya: inicialment amb fotofòbia i dolor retro-orbitari, pot cursar tant amb conjuntivitis/episcleritis com amb retinitis o neuritis òptica.

- Zika: afectació variada des de conjuntivitis lleus fins a lesions corioretinals greus que poden persistir, i pot aparèixer tant en infants com adults amb infecció activa (la majoria gestants).

- Causa autoimmune: la pacient no presenta clínica sistèmica ni signes que suggereixin d'entrada una etiologia mitjançada pel sistema immune. Tot i això, es va cursar estudi analític complet amb ANA, ANCA, anticardiolipina, anti-beta2-glicoproteïna, ECA y HLA-B27.

- Causa farmacològica: la pacient no havia pres cap fàrmac potencialment implicat: bifosfonats, Rifabutina, Inhibidors de BRAF kinasa (Vemurafenib, dabrafenib), alguna immunoteràpia (ipilimumab utilitzat en melanoma).

## EVOLUCIÓ CLÍNICA I EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES FORA D'URGÈNCIES:

Ens trobem davant d'un cas de corioretinitis infecciosa d'ull esquerre en una pacient amb viatge previ a zona selvàtica i síndrome mononucleòsica. Des del servei d'Urgències s'inicia tractament empíric sistèmic amb ganciclovir 5mg/kg/12h i trimetoprim-sulfametaxolol i es decideix ingrès a la Unitat de Malalties Infeccioses per a continuar evolució.

Durant la seva estada a planta, es van obtenir els resultats de la PCR en humor aquós que van resultar negatives (Citomegalovirus, Herpes virus tipus 1, Herpes virus tipus 2, *Toxoplasma*) així com les serologies en plasma on es van objectivar títols elevats de IgM per a *Toxoplasma gondii* amb títols d'IgG amb baixa avidesa, tot ell suggestiu d'infecció recent. Per aquest motiu, orientat finalment com a presentació atípica de Toxoplasmosi en forma de possible primoinfecció en context d'immunosupressió per síndrome mononucleòsica previ, es va seqüenciar antibioteràpia a pirimetamina i sulfadiazina + àcid folínic. La resta de serologies i l'estudi autoimmunitari va resultar negatiu, i es va realitzar també una RMN cerebral que va descartar afectació del parènquima cerebral i de meninges.

La pacient va presentar millora inicial els primers dies, sense progressió de la retinitis. Durant l'ingrés i va realitzar seguiment per part d'Oftalmologia on el fons d'ull persistien altament suggestius d'infecció per CMV, pel que es va decidir mantenir tractament amb

ganciclovir.

Finalment, la pacient va ser donada d'alta amb tractament antibiòtic de llarga durada, presentant resolució del quadre.

## DIAGNÒSTIC FINAL:

- Retinitis per *Toxoplasma*

## DISCUSSIÓ:

La retinitis, corioretinitis o uveïtis posterior es caracteritza per la inflamació amb de la part posterior de l'úvea. Sovint cursa amb afectació sistèmica tant de malalties infeccioses com autoimmunes, però també pot cursar com a procés aïllat. Aproximadament en el 30% dels pacients no s'identifica l'agent infeccios causant, per aquest motiu cal recordar la importància d'extreure cultius i mostra d'humor aquós previ l'administració de tractament antibiòtic.

Dins les causes infeccioses, la infecció per *Toxoplasma* és una causa relativament freqüent en el pacient immunocompetent i presenta una lesió característica al fons d'ull, tot i que el diagnòstic definitiu es realitza mitjançant serologies. A més, suposa entre 30-50% de les uveïtis posteriors i sol ser una afectació congènita en la majoria dels casos.

En el cas de la infecció per CMV, s'acostuma a presentar exclusivament en pacients immunodeprimits, sobretot VIH en fase de SIDA. Cal recordar que tan altres agents com el virus Herpes o malalties com la Tuberculosi, la Sífilis i les arbovirosi (infecció per Dengue, Zika o Chikungunya) poden presentar també manifestacions oculars, pel que sempre serà necessari realitzar una anamnesi acurada en aquells pacients procedents del tròpic a la recerca de altres símptomes i signes guia que ens orientin. Finalment, recordar que, tot i que les lesions oftalmològiques ens poden orientar a realitzar un diagnòstic de sospita, caldrà realitzar proves específiques mitjançant PCR i serologies pel diagnòstic definitiu pel qual és imprescindible un abordatge multidisciplinari d'aquests pacients. En la nostra pacient, donades les serologies i la resposta al tractament, ens trobem davant una presentació atípica de *Toxoplasma* en el context d'una probable immunosupressió després del quadre mononucleòsica que podria haver afavorit la primoinfecció. Per altra banda, els primats podrien haver estat els causants de la transmissió.

**11. BIBLIOGRAFIA:**

- Bosch-Driessen LE, Beredschott TT, Ongkosuwito JV, Rothova A. Ocular toxoplasmosis clinical features and prognosis of 154 patients. *ophthalmology* 2002; 109:869.
- Yip VC, Sanjay S, Koh YT. Ophthalmic complications of dengue Fever: a systematic review. *Ophthalmol Ther*. 2012 Dec;1(1):2. doi: 10.1007/s40123-012-0002-z. Epub 2012 Aug 23
- Madhendradas P, Avadhani K, Shetty R. Chikungunya and the eye: a review. *Journal of Ophtalmic Inflammation and Infection*, 203, 3:35.
- Manangeeswaran M, Kelczewski J, Nida H et al. ZIKA virus infectino causes persistent chorioretinal lesions. *Emerging Microbes & Infections*. 2018, 7:96
- Christine V. Fiorello D.V.M., Ph.D., Darryl J. Heard B.V.M.S., Ph.D., Dipl. A.C.Z.M., Heidi L. Barnes Heller D.V.M., and Kathy Russell B.S. Medical management of toxoplasma meningitis in a white-throated capuchin (*Cebus capucinus*). *Journal of Zoo and Wildlife Medicine*, 37(3):409-412. 2006.
- Butler NJ, Furtado JM, Winthrop KL. Ocular toxoplasmosis II: clinical features, pathology and management. *Clin Exp Ophthalmol*. 2013;41(1):95–108. doi:10.1111/j.1442-9071.2012.02838.x
- Joye, A., & Gonzales, J. A. (2018). Ocular manifestations of cytomegalovirus in immunocompetent hosts. *Current Opinion in Ophthalmology*, 29(6), 535–542. doi:10.1097/icu.0000000000000521

**12. ANNEX:**

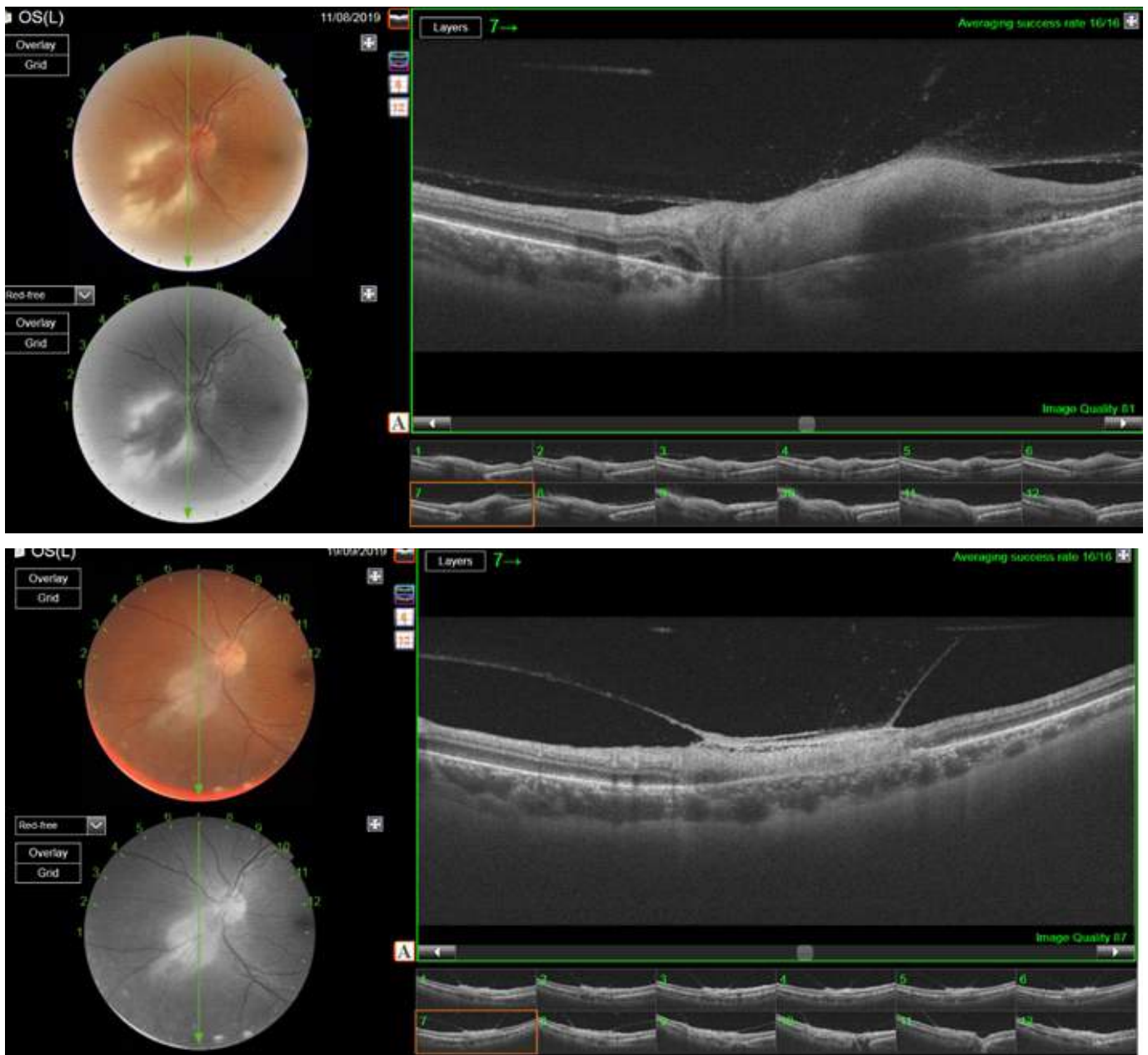
Figura 1 (esquerra): Retinitis a l'inici de la simptomatologia.



Figura 2 (dreta): Retinitis a les tres setmanes de tractament, on s'aprecia atenuació de la lesió.



Figura 3: Angiografia con fluoresceína sódica que mostra la lesió retiniana amb alteració vascular.



Figuras 4 (*superior*) i 5 (*inferior*). Evolució de la lesió pre tractament i a les 3 setmanes; s'objectiva una reducció significativa

# No tot és futbol

Patricia Aguilera<sup>(1)</sup>; Laia Mas<sup>(1)</sup>; Albert Cartanyà<sup>(1)</sup>; Pau Romero<sup>(2)</sup>; Mónica López<sup>(2)</sup>; Berta Cisteró<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>MEF Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Adjunt Servei d'Urgències

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Nom autora: Patricia Aguilera

Lloc de treball: Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: paguilera@tauli.cat

Forma citació: Aguilera P, Mas L, Cartanyà A, Romero P, López M, Cisteró B. *No tot és futbol*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):12-14

## Motiu de consulta:

Home de 46 anys que consulta per dolor abdominal amb vòmits.

## Antecedents personals rellevants:

Pacient natural del Marroc, des de fa 20 anys resident a Catalunya. Últim viatge al país d'origen fa 5 anys. No hàbits tòxics. No al·lèrgies medicamentoses conegudes. No antecedents patològics d'interès.

## Malaltia actual:

Explica dolor abdominal difús, intens, amb vòmits alimentaris i posteriorment biliosos d'una hora d'evolució aproximadament, d'aparició després de patir un traumatisme abdominal jugant a futbol. El pacient ho atribueix a ingesta abundant prèvia al partit. No febre. No alteració del ritme deposicional. Nega clínica els dies previs.

## Exploració física:

TA 96/61mmHg, FC 72 lpm, SatO<sub>2</sub> 96% (FiO<sub>2</sub> 0.21), afebril.

Afectació de l'estat general. Diafòretic. Normohidratat i normocolorejat. Bon nivell d'alerta.

Exploració cardíaca: tons cardíacs rítmics, no bufs ni freqs. No ingurgitació jugular. No edemes a extremitats inferiors.

Exploració respiratòria: murmuri vesicular conservat sense sorolls sobreafegits.

Exploració abdominal: tou, depressible, amb dolor a la palpació a hipocondri dret amb discreta defensa, dificultat a l'exploració per dolor espontani.

## Proves complementàries realitzades a Urgències:

- Analítica a l'arribada: Leucòcits  $14.96 \times 10^9/L$ , Hemoglobina 174 g/L, Plaquetes  $208 \times 10^9/L$ , Neutròfils  $12.78 \times 10^9/L$ , Limfòcits  $1.50 \times 10^9/L$ , Temps protrombina 0.95 ratio, Glucosa 124 mg/dL, Urea 18 mg/dL, Creatinina 0.97 mg/dL, Sodi 143 mEq/L, Potassi 3.3 mEq/L, Aspartat aminotransferasa 19 U/L, Alaninaminotransferasa 17 U/L, Bilirubina total 0.4 mg/dL, Amilasa 66 U/L, Lipasa 20 U/L, Proteïna C reactiva 1.43 mg/dL, Àcid làctic 43.4 mg/dL.

- Equilibri àcid base venós: pH 7.23 pH, Pressió parcial CO<sub>2</sub> 64.10 mm Hg, Bicarbonat actual 26.00 mmol/L, Excés de base -2.80 mmol/L.

- Rx tòrax: no cardiomegàlia, sins costofrènics lliures, sense condensacions apreciables.

- Rx abdomen: femta a marc còlic sense signes de pneumoperitoneu ni d'oclusió intestinal.

## Evolució clínica a Urgències:

Durant l'estada a urgències s'inicia tractament amb seroteràpia i analgèsia convencional amb paracetamol i dexketoprofè alterns. Durant l'administració d'aquest últim, el pacient presenta empitjorament de la hipotensió arterial (73/40mmHg, FC 90 lpm), reacció urticariforme i disminució del nivell de consciència (Glasgow 10, sense altra focalitat neurològica), amb lleu insuficiència respiratòria (SatO<sub>2</sub> 87% FiO<sub>2</sub> 0.21, sense aparent broncospasme ni edema glòtic). S'inicia tractament amb 0.5mg d'adrenalina intramuscular, corticoteràpia, antihistamítics i oxigenoteràpia amb FiO<sub>2</sub> al 50%, amb milloria progressiva dels paràmetres hemodinàmics, respiratoris i cutanis però persistent amb tendència a la hipotensió arterial i defensa a la palpació d'hemiabdomen dret. Es realitza gasometria venosa urgent que mostra normalització dels valors d'àcid làctic.

## Diagnòstic diferencial a Urgències:

• Xoc anafilàctic per fàrmacs: sospita clínica inicial per xoc clar després de l'administració del fàrmac, tot i que revisant la història ja presenta paràmetres de xoc a l'arribada.

• Xoc anafilàctic no immunològic (induït per factors físics com calor o exercici físic): compatible per inici de la clínica després d'exercici físic intens.

• Xoc anafilàctic per ruptura de quist hidatídic hepàtic: per aparició de la clínica després de traumatisme abdominal i en pacient procedent del Marroc.

• Xoc hemorràgic per hematoma intraperitoneal: inici després de traumatisme abdominal i paràmetres de xoc ja presents a l'arribada a urgències, tot i que inicialment no presenta anemització (pot trigar hores a aparèixer).

Es realitza llavors:

- Analítica de control: Leucòcits  $9.83 \times 10^9/L$ , Hemoglobina 153 g/L, Plaquetes  $221 \times 10^9/L$ , Temps protrombina 1.30 ratio, sense alteracions a la funció renal ni a l'equilibri àcid-base venós. Àcid làctic 25.3 mg/dL, Proteïna C reactiva 18.29 mg/dL.



- TC abdominal: Fetge de grandària i densitat normal, amb una gran lesió quística heterogènia, subcapsular en s. VII, de fins a 9cm, amb alguna calcificació mural i contingut hiperdens en el seu interior, altament suggestiu d'un quist hidatídic (estadi III de la classificació WHO). No s'observen altres lesions focals hepàtiques. Col·lecció heterogènia intraperitoneal a pelvis, ocupant el recés de Douglas, de morfologia irregular, parets engruixides i imatges més quístiques al seu interior, que donat el context també és compatible amb un quist hidatídic intraperitoneal (probablement estadi II de la classificació de WHO). El diagnòstic diferencial caldria establir-lo amb un abscess principalment. Líquid lliure intraperitoneal de distribució difusa. Troballes radiològiques que suggereixen un quadre de hidatidosis hepàtica i peritoneal (activa●), amb signes de probable ruptura recent (líquid lliure intraperitoneal).

### Evolució fora d'Urgències:

Les següents hores el pacient presenta millora clínica progressiva, mantenint-se hemodinàmicament estable i asimptomàtic. Valorat per cirurgia, es decideix iniciar tractament mèdic amb albendazol i mantenir pauta descendent de corticoteràpia. Es manté ingressat al seu servei durant 4 dies, optant-se per realització de cirurgia de forma programada ambulatoria, ja que el pacient es manté amb molt bon estat general, hemodinàmicament estable en tot moment i amb exploració física anodina, així com amb millora progressiva dels paràmetres analítics. Actualment està pendent de primera visita a consultes externes.

### Diagnòstic final:

Xoc anafilàctic secundari a ruptura de quist hidatídic hepàtic.

### Discussió:

La hidatidosis és una parasitosis causada per *Echinococcus granulosus*. El cuc adult viu a l'intestí d'un carnívor, generalment un gos, que actua d'hoste definitiu. A l'home, les larves alliberades passen a través de l'intestí i la circulació portal fins al fetge, on formen els quists hidatídics (amb menys freqüència també afecten altres òrgans). La majoria de pacients resten asimptomàtics durant anys. Els símptomes poden ser, en les hidatidosis hepàtiques, l'hepatomegàlia dolorosa i nàusees o vòmits, o bé, més freqüentment, en forma de complicacions, sent les més habituals la ruptura del quist i la infecció. La ruptura pot ser espontània o bé traumàtica, podent produir una reacció anafilàctica secundària a la sortida del contingut quístic. Es produeix una reacció immunitària tipus I mediada per IgE, que pot variar des d'una urticària fins a un xoc anafilàctic, sent aquest últim una manifestació infreqüent de la malaltia (entre 1 i 7,5% dels casos). El diagnòstic, a banda de la sospita clínica, és recolzat per les tècniques d'imatge (sobretot pel TAC). La serologia pot ajudar a confirmar el diagnòstic (però un resultat negatiu no l'exclou) i és útil pel seguiment. Malgrat la poca literatura al respecte, el tractament de la ruptura més acceptat és medico-quirúrgic, amb albendazol i extirpació quirúrgica dels

quistos com a tractament definitiu. Tot i que en la majoria de casos descrits s'ha optat pel tractament quirúrgic urgent en cas de complicacions del quist hidatídic, alguns autors proposen la prioritització del tractament mèdic previ a cirurgia programada. El xoc anafilàctic per ruptura de quist hidatídic és una entitat molt poc freqüent, però potencialment crítica, pel que és vital una sospita diagnòstica precoç (sobretot en àrees endèmiques), per tal de poder oferir el tractament medico-quirúrgic específic.

### Bibliografia:

- Riaguas Almenara A et al. Shock anafiláctico secundario a quiste hidatídico hepático roto con paso del contenido a la cavidad pleural. Radiología 2017; 59(5): 460-61.
- Akbulut S, Ozdemir F. Intraperitoneal rupture of the hydatid cyst: Four case reports and literature review. World J Hepatol 2019; 11(3): 318-329.
- Carmena D et al. Avances recientes en el inmunodiagnóstico de la hidatidosis humana. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007; 25(4): 263-9.
- Yilmaz M et al. Liver hydatid cyst rupture into the peritoneal cavity after abdominal trauma: case report and literature review. Int Surg. 2012; 97(3): 239-44.
- Majbar et al. Asymptomatic intra-peritoneal rupture of hydatid cyst of the liver: case report. BMC Research Notes 2014; 7:114.

Imatges:



# Falsas apariencias

Helen Rodríguez<sup>(1)</sup>; Irati Sarriugarte<sup>(1)</sup>; Cristian Delgado<sup>(1)</sup>; Ana M<sup>a</sup> Nieto<sup>(1)</sup>; Rein Willekens<sup>(2)</sup>; Sebastián Hernández<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servei d'Urgències, <sup>(2)</sup>Servei de Medicina Interna.  
Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Nom autora: Helen Rodríguez

Lloc de treball: Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: rodrigueztrevijanohelen@gmail.com

Forma citació: Rodríguez H, Sarriugarte I, Delgado Cm Nieto AM, Willekens R, Hernández S.

*Falsas apariencias*. ReMUE.c@t 2020;7(2):15-19

## MOTIVO DE CONSULTA:

Fiebre, malestar general y adenopatías a nivel inguinal y epitroclear con 2 lesiones papulosas costrosas.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

- Sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos.
- Melanoma temporal izquierdo extirpado quirúrgicamente hace 20 años sin tratamiento adyuvante.
- Hemorragia Subaracnoidea tras accidente de tráfico.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

Mujer de 52 años que consulta por malestar general, astenia, hiporexia, náuseas y sensación distérmica de 10 días de evolución junto con adenopatías a nivel de epicóndilo medial izquierdo y en cadena inguinal derecha coincidentes con inicio del cuadro clínico. Presenta además, dos lesiones cutáneas en antebrazo izquierdo y pretibial derecha, que relaciona con posible picadura de insecto/ artrópodo sin que lo haya llegado a visualizar.

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

Constantes: Temperatura axilar 35.8°C. Presión arterial 89/62 mmHg. Frecuencia cardíaca 100 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto. Saturación de oxígeno 100%.

Se palpan adenopatías dolorosas, adheridas a planos profundos en epicóndilo medial izquierdo de gran tamaño e inguinal izquierda. No se palpan adenopatías en resto de cadenas ganglionares.

**Piel:** Deshidratación de piel y mucosas. Lesiones papulosas costrosas en antebrazo izquierdo (1) y región pretibial derecha (1).

**Auscultación cardíaca:** Tonos rítmicos, sin soplos audibles.

**Auscultación pulmonar:** Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

**Abdomen:** Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni megalias. No signos de abdomen agudo. No edemas periféricos.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN URGENCIAS:

**Análítica sanguínea:** Hemoglobina 10.6 g/dl (12.00-16.00); Leucocitos  $14,77 \times 10^3/\text{mm}^3$  (4,40- 11,00); Neutrófilos  $11,02 \times 10^3/\text{mm}^3$  (1,70-7,70); Plaquetas  $497 \times 10^3/\text{mm}^3$  (130,00-450,00). Proteína C reactiva 43,7 mg/L (0,00-5,00).

**Electrocardiograma:** Rítmico a 85 latidos por minuto. PR 0,15. QRS 0,7. QTc 0,44. Sin alteraciones de la repolarización.

**TC craneal:** Normal.

**Radiografía de tórax:** Silueta cardiopericárdica no aumentada de tamaño. Resto sin alteraciones significativas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS:

·**Neoplásico:** Recidiva melanoma, Neoplasia sólida metastásica de novo, Síndrome linfoproliferativo.

·**Infecioso:** Infección local estreptocócica o estafilocócica, VIH, Mononucleosis infecciosa, Sífilis secundaria, Tuberculosis, Micobacterias atípicas, Bartonella, Tularemia, Brucella, Fiebre Q, Histoplasmosis, Esporotricosis, Leishmaniasis.

•**Autoinmune:** Sarcoidosis, Lupus Eritematoso Sistémico.

## EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS FUERA DE URGENCIAS:

**Serologías:** *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Epstein Barr, Parvovirus B19, Citomegalovirus, *Borrelia burgdoferi*, *Coxiella burnetti*, Brucella, Virus Hepatitis C, Virus Hepatitis B, *Rickettsia conorii*, todas ellas negativas, excepto *Bartonella henselae* que fue IgM positiva.

**Hemocultivos seriados (2):** negativos.

**Biopsia excisional ganglio inguinal izquierdo:** cultivos negativos. Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) M. tuberculosis negativo, PCR *B.henselae* positivo.

**AP:** linfadenitis granulomatosa necrotizante.

**Radiografía de abdomen Antero Posterior:** sin alteraciones significativas.

**Radiografía de tórax:** sin alteraciones significativas.

**TC toracoabdominal (20.09.19):** Múltiples lesiones hipodensas quísticas esplénicas sugestivas de corresponder en el contexto clínico de la paciente con lesiones metastásicas secundarias a melanoma, visualizándose al menos dos lesiones hepáticas de las características descritas probablemente de la misma naturaleza. Adenopatías en hueco axilar izquierdo y en región inguinal derecha sospechosas de malignidad.

## Evolución:

En Urgencias se objetiva febrícula de 37,6°C, se realizan hemocultivos y se pauta antibioterapia endovenosa empírica con amoxicilina-ácido clavulánico ante sospecha de posible adenitis bacteriana por infección local.

Durante el ingreso, estando pendiente de resultados de serologías y ante fiebre elevada diaria de hasta 38,9°C se añade empíricamente doxiciclina. En la TC inicial, aparecen lesiones múltiples en bazo e hígado, así como adenopatías a nivel axilar izquierdo e inguinal derecho, que se orientan como de probable origen neoplásico por lo que se suspende amoxicilina-ácido clavulánico y doxiciclina, habiendo completado 3 días de tratamiento. Se realiza exéresis quirúrgica de adenopatía inguinal derecha con salida abundante de material purulento por lo que se reinicia tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico.

A nivel serológico destaca positividad de IgM para *Bartonella henselae*, por lo que, con la sospecha de

enfermedad por arañazo de gato sistémico con afectación hepatoesplénica, se suspende amoxicilina-ácido clavulánico y se inicia tratamiento con azitromicina 500 mg al día vía oral. Al reinterrogatorio la paciente refiere contacto estrecho diario con gatos y probables picaduras recientes por pulga de gato. Ante buena evolución clínica, permaneciendo afebril y con mejoría progresiva del estado general, se decide alta para continuar manejo ambulatorio.

## DIAGNÓSTICO FINAL:

“ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO CON AFECTACIÓN HEPATOESPLÉNICA”.

## DISCUSIÓN:

La enfermedad por arañazo de gato está producida por un bacilo gram negativo aerobio llamado *Bartonella henselae*, cuyo principal reservorio son los gatos, y transmitido a los humanos por arañazo o mordedura de gato o de pulga, aunque también hay evidencia de transmisión por garrapatas.<sup>1</sup>

Un estudio realizado en el año 2018, encontró que la prevalencia de la enfermedad en Cataluña fue entre 6,4-7,9 % en grupos de 0-14 años y de 30-44 años.<sup>3</sup>

La clínica consiste en fiebre, malestar general, cefaleas, anorexia, y linfadenopatías, que pueden acompañar al cuadro hasta en el 50 % de los casos.

Habitualmente cursa asintóticamente con evolución benigna autolimitada. La forma más habitual de presentación es una linfadenitis regional en el sitio de inoculación, afectando a ganglios inguinales y axilares. Hasta un 60-90% de pacientes presentan lesiones cutáneas en el sitio de inoculación. Sin embargo, aunque es poco frecuente, en ocasiones la enfermedad puede presentarse de forma atípica, con compromiso sistémico severo y formación de granulomas hepáticos y esplénicos en cuya imagen radiológica por TC se visualizan micro abscesos hepatoesplénicos con imágenes hipoecoicas que generalmente se han diseminado por vía hematogénica y que suelen autolimitarse en 1-5 meses. Puede confundirse con otras entidades a la espera de resultados.<sup>2</sup>

Se han propuesto diferentes pautas antibióticas, incluido macrólidos, tetraciclinas, fluoroquinolonas, rifampicina, solas o en combinación. A pesar de no haber una evidencia tan clara de superioridad de cualquiera de estas pautas, se han obtenido buenos resultados con azitromicina en monoterapia a 500 mg al día vía oral durante 5 días.<sup>4,5</sup>



**BIBLIOGRAFÍA:**

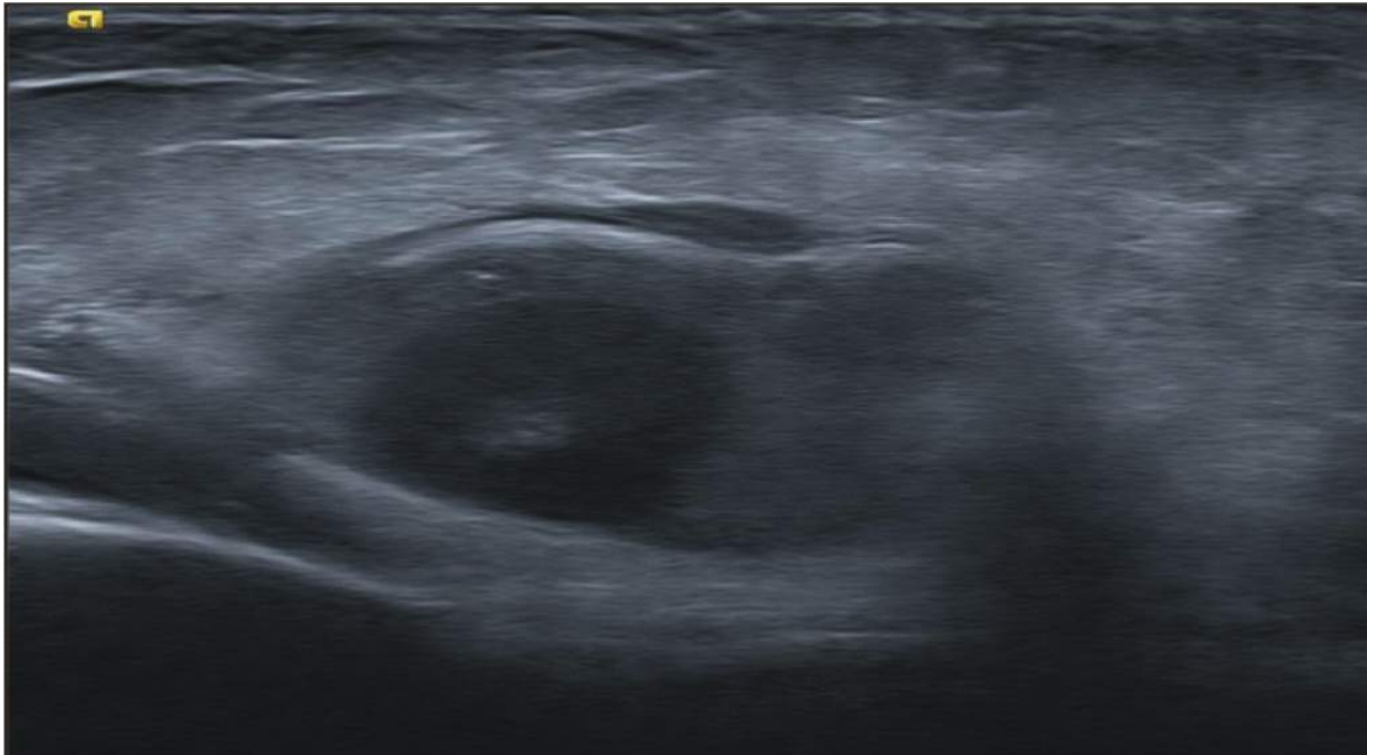
1. JacomoV, Kelly PJ, Raoult D. Natural histórico of Bartonella infecciones (años excepción to Koch's postulate). Clínica Lab Immunol. 2002; 9:8-18.
2. Apache D, Kaplan S. Microbiólogo, epidemiologías, clínica manifestaciones, and diagnosis of cat scratch disease. 2014. Disponible en : <http://www.uptodate.com/contenos/microbiologo-epidemiologias-clinical-manifestaciones-and-diagnosis-of-cat-scratch-disease>.
3. Fernández-Arias Carmen, Borrás- Mañez María, Colomina-Rodríguez Javier, Cuenca-Torres María, Guerrero-Espejo Antonio. Incidencia de la infección por Bartonella henselae en la Comunidad Valenciana durante el periodo 2009-2012. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Nov 26]; 89 (2):227-230. Disponible [http://saciolo.isciii.es/saciolo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272015000200010&Ing=es](http://saciolo.isciii.es/saciolo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000200010&Ing=es).
4. Thyerry Zenone, "Systemic Bartonella henselae Infection in Immunocompetent Adult Presenting as Fever of Unknown Origin" Case Reports in Medicine, vol. 2011, Article ID 183937, 4 Páginas, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/183937>.
5. García JC, Núñez MJ, Castro B, et al. Hepatosplenic cat scratch disease in immunocompetent adults: Report of 3 cases and review of the literature. Medicine 2014; 93:267-270.12.

**IMÁGENES:**

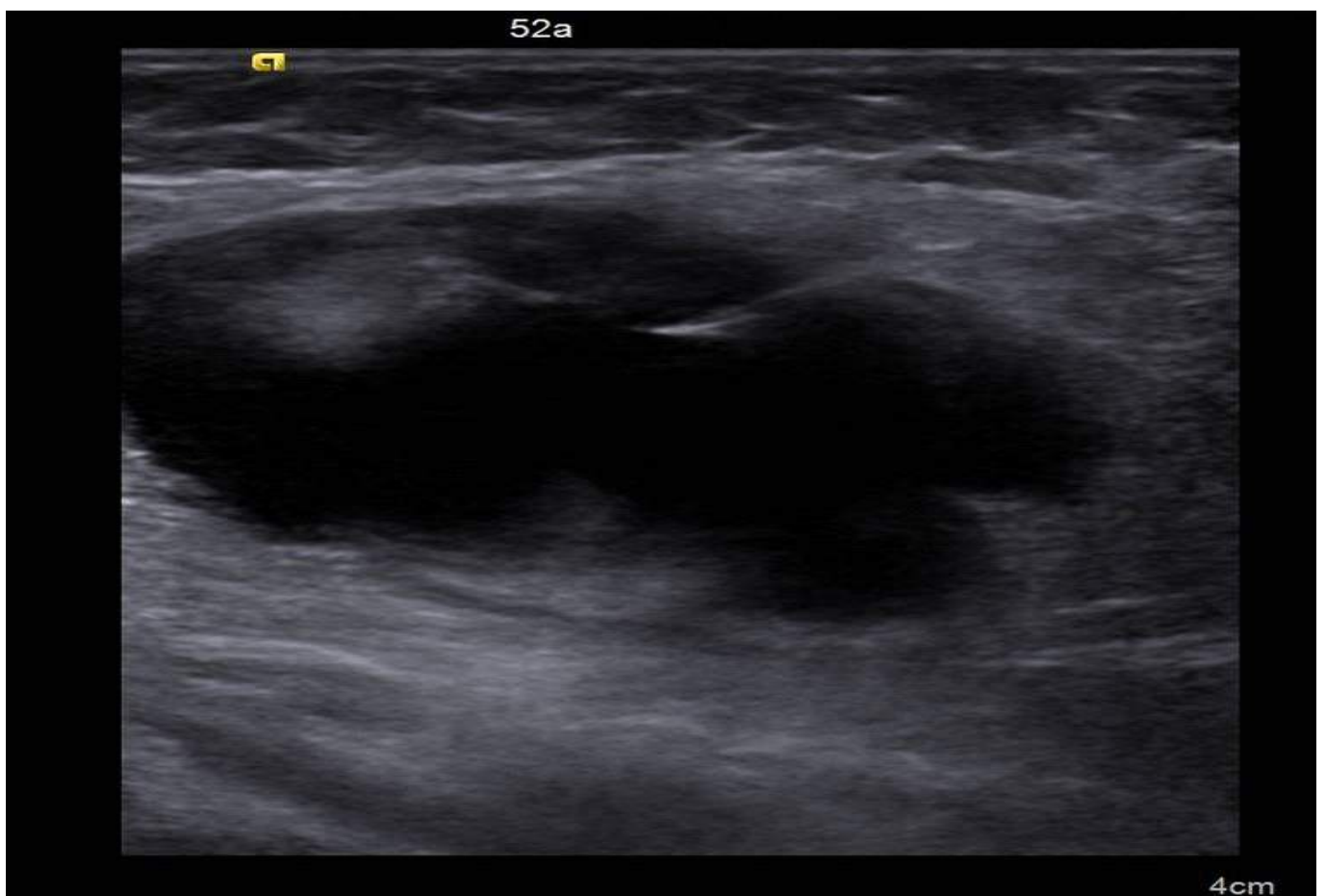
1. Lesión cutánea pretibial derecha al ingreso en servicio de Urgencias



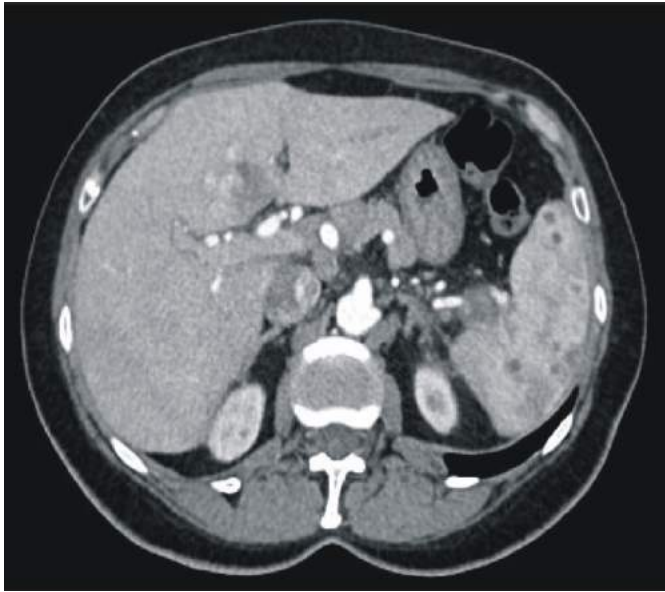
2. Lesión cutánea en antebrazo izquierdo al ingreso en el Servicio de Urgencias



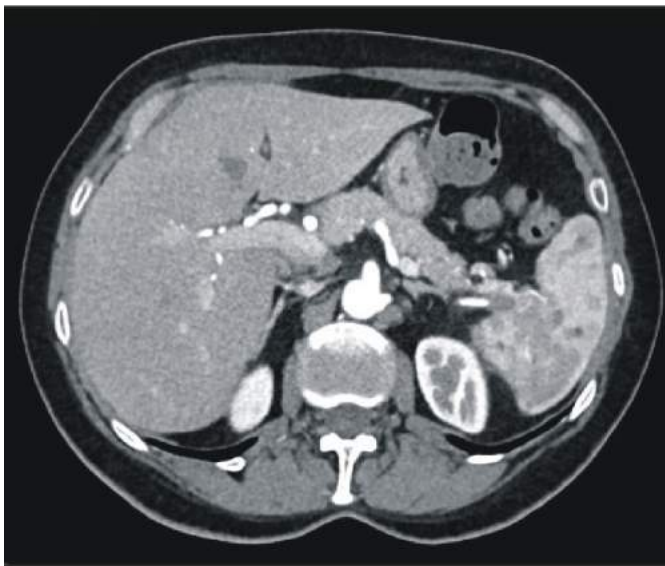
3. Ecografía de adenopatía epitroclear izquierda



4. Ecografía de adenopatía inguinal derecha



5 y 6. TC tóraco-abdomino-pélvico inicial. Se observan múltiples lesiones hipodensas esplénicas y hepáticas.



7. TC tóraco-abdomino-pélvico de control una vez finalizado tratamiento con azitromicina.

# Marxo a Filipines i no puc orinar

Anna Hernández-Rubio<sup>(1)</sup>; Nuole Zhu<sup>(2)</sup>; Silvia Roura<sup>(3)</sup>, Manuel Lozano<sup>(2)</sup>, Fidel Nuñez<sup>(4)</sup>,  
Neus Robert<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Servei de Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Servei de Neurologia, <sup>(3)</sup>Servei de Malalties Infeccioses,

<sup>(4)</sup>Servei de Radiodiagnòstic, <sup>(5)</sup>Servei d'Urgències

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autora: Anna Hernández-Rubio Lloc de treball: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: ahernandezr.germanstrias@gencat.cat

Forma citació: Hernández A, Zhu N, Roura S, Lozano M, Nuñez F, Robert N.

*Marxo a Filipines i no puc orinar...* ReMUE.c@t 2020;7(2):20-24

## Motiu de consulta

Dona de 25 anys amb hipoestèsia a extremitats inferiors, dificultat per caminar i orinar.

## Antecedents personals

Sense al·lèrgies medicamentoses, fumadora de 2-3 cigarretes al dia. Sense antecedents patològics d'interès tret d'un episodi de síndrome febril que es va autolimitar fa un any en el context d'un viatge a Sri Lanka.

## Malaltia actual

Consulta a urgències per retenció aguda d'orina (RAO) i debilitat de les extremitats inferiors de tres dies d'evolució.

El quadre clínic comença 10 dies abans de la consulta, quan estava de viatge a Filipines refereix haver rebut múltiples picades de mosquits, amb aparició posterior de febre de fins a 39 °C, artromiàlgies, odinofàgia, cefalàlgia i dolor retroocular intens. El seu acompanyant també va patir una simptomatologia similar que es va autolimitar. En aquest context una setmana després presenta anúria i dolor abdominal amb absència de deposicions, per la qual cosa consulta a un centre mèdic on li objectiven una RAO, realitzen sondatge vesical intermitent i li donen d'alta. A les 24h la simptomatologia no es resol pel que reconsulta i li col·loquen un sondatge vesical permanent, afegint-se a més clínica de feblesa a ambdues extremitats inferiors impedit-li la deambulació, motiu pel qual torna del viatge i consulta a urgències del nostre centre.

## Exploració Física

Tensió Arterial 112/65mmHg, Freqüència cardíaca 75 batecs per minut, Saturació 97% basal, Temperatura axilar 36,6°C. Normohidratada, normocolorejada, exploració física cardiorespiratòria i abdominal anodina. Portadora de sondatge vesical. A l'exploració neurològica destaca una alteració de la força a les extremitats inferiors:

-Balanç muscular (dreta/esquerra): psoes (4-/4+), isquiotibials (4-/4+), quàdriceps (5/5), tibial anterior (4+/4+), gastrocnemius (5+/5+), tibial posterior (4+/4+), peroneus (5/5).

- Hipoestèsia a ambdues extremitats inferiors i tronc fins T5, sensibilitat artrocinètica preservada, reflexos musculars profunds (bicipitals, tricipitals, rotulians, aquilis) normocinètics i simètrics, sense clonus ni Hoffman. Reflex cutani-plantar dret indiferent, esquerre flexor. Marxa cautelosa amb dificultat per mantenir estable la bipedestació. Les extremitats superiors i la resta d'exploració neurològica normal.

## Exploracions complementàries

Anàlítica anodina: leucòcits 6.4\*10<sup>9</sup>/mL (N 50'9%, L 33%, M 13'8%, E 1'7%, B 0'5%), Hb 14'6g/dL, VCM 91'9fL, PlaQ 321\*10<sup>9</sup>/mL, TP 82%, INR 1'16, TTPAr 0'98, fibrinogen 412mg/dL, Glucosa 85mg/dL, Urea 22U/L, Crea 0'72mg/dL, Na 136mmol/L, K 4mmol/L, Bilirubina 0'6mg/dL, PCR 0'2mg/L. Sediment urinari no patològic. Radiografia de tòrax i d'abdomen normals.

## Diagnòstic diferencial a urgències

1) Diagnòstic sindròmic: síndrome medul·lar completa subaguda. La pacient presenta clínica motora, sensitiva i autonòmica a partir d'un nivell (T5) pel que pensarem en la presència d'una síndrome medul·lar completa de caràcter aguda-subaguda per la instauració (uns 7 dies amb aparició progressiva dels símptomes). El seu diagnòstic diferencial respecte altres síndromes medul·lars es detalla a la Taula 1.

2) Diagnòstic etiològic: una síndrome medul·lar aguda/subaguda pot tenir múltiples causes (Figura 1). Davant la clínica de febre, artromiàlgies, cefalàlgia, odinofàgia, en una pacient que retorna del tròpic, que ha tingut múltiples picades de mosquits ens fa pensar en arboviriosi. Sabem que els arbovirus són neurotrops i hi ha síndromes medul·lars descrits en aquest context



(tipus mielitis transversa) tot i que són molt infreqüents (Taula 2). Caldrà prosseguir l'estudi.

### **Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències**

Pel quadre neurològic es decideix ingrés a neurologia i realització de RMN urgent.

• Exploracions complementàries durant l'ingrés  
Ressonància magnètica medul·lar realitzada de forma urgent (<24h) (Fig 2): Estudi artefactuat, però que mostra signes d'hipersenyal d'astes anteriors dorsals altes, amb sense clara afectació cordonal posterior. Signes de mielopatia que en el context de la pacient podrien ser de causa infecciosa, a correlacionar clínicament.

Analítica completa d'estudi: Hemograma, Bioquímica, Coagulació, sense alteracions significatives. Marcadors tumorals i autoimmunitat negatius, Serologies de VIH i sífilis negatives, CMV IgG positiva, Mycoplasma pneumoniae i Parvovirus B19 negatius. Vitamines i oligoelements normals.

Davant les troballes a la RMN i per persistència de la simptomatologia es realitza punció lumbar amb obtenció de líquid cefalorraquídi clar, presència de 7 cèl·lules però 970 hematies, glucosa, proteïnes, albúmina, ADA, LDH i lactat normals, amb positiu dèbil per a bandes oligoclonals. Les PCRs de virus (Herpes 1, 2, 6, Zóster, CMV, Epstein-Barr) són negatives.

Inmunocromatografia per a dengue (Fig 3): IgG i IgM positius.

Pendent anticossos de Dengue en sèrum a l'alta; que posteriorment resulten positius.

### • Evolució a l'ingrés

Presenta millora progressiva i espontània de la clínica, sense tractament dirigit, amb pràctica resolució de la simptomatologia podent retirar el sondatge i deambulant sense incidències.

**Diagnòstic final:** Mielitis Transversa secundària a infecció per Dengue

### **Discussió**

Una síndrome medul·lar aguda és una situació d'urgència, on cal una correcta valoració clínica i plantejar RMN urgent per tal d'identificar possibles compressions medul·lars externes tributàries de cirurgia urgent. En aquest cas per acabar de completar l'estudi i davant les troballes de la RMN que correlacionant amb la clínica podrien correspondre a inflamàtores-infeccioses, es va realitzar punció lumbar amb paràmetres bioquímics dins la normalitat (Fig 4).

La patologia importada cada vegada és més freqüent al nostre medi. Cal pensar-hi en algú que ha viatjat recentment al tròpic i presenta febre. El primer agent etiològic que haurem de pensar és en la malària, però no hem d'oblidar les arboviroses com el dengue.

Els arbovirus inclouen diverses famílies de virus que poden infectar a l'ésser humà a través de vectors atòpodes com els mosquits. La infecció sol cursar asimptomàtica i en cas de donar clínica acostuma a ser febre, cefalàlgia i artromiàlgies. Una segona exposició a un arbovirus (en el cas del dengue una reexposició a un altre serotipus) pot desencadenar una resposta immunològica major i més ràpida que podria donar lloc a complicacions hemorràgiques. En aquest cas concret la pacient havia presentat clínica viriàsica amb febre durant un viatge al tròpic un any abans de l'episodi actual, cosa que fa pensar que potser ja havia estat exposada anteriorment al dengue sent aquest un segon episodi.

Els arbovirus tenen especial predilecció pel SNC amb un ventall molt ampli de manifestacions clíniques. Les manifestacions neurològiques del dengue es donen en un 4-5% dels casos. La mielitis transversa per dengue és una entitat molt infreqüent, però que ja ha estat descrita prèviament a la literatura en forma de case-reports. La fisiopatologia podria ser tant per invasió directa del virus com per una reacció autoimmunitària secundària a la infecció sistèmica o bé postinfecciosa de caràcter immunoal·lèrgic (aquest últim mecanisme es pensa que és el més associat; principalment en els casos de mielitis).

Pel que fa al diagnòstic de dengue passa per la detecció d'anticossos en sèrum (IgM i IgG), sent la immunocromatografia una eina ràpida que ens pot orientar inicialment a l'espera del resultat de la serologia. Respecte al tractament no n'hi ha de dirigit, es basa en el suport de les complicacions i el simptomàtic.

### **Bibliografia**

1. Ropper AE, Ropper AH. Acute Spinal Cord Compression. N Engl J Med. 2017 Apr 6;376(14):1358-1369. doi: 10.1056/NEJMr1516539.
2. I. Casado Naranjo, J. Mata Gómez, R. Romero Sevilla y J.C. Portilla Cuenca. Enfermedades de la médula espinal. Síndromes medulares. Medicine. 2015;11(78):4667-77
3. West TW, Hess C, Cree BA. Acute transverse myelitis: demyelinating, inflammatory, and infectious myelopathies. Semin Neurol. 2012 Apr;32(2):97-113. doi: 10.1055/s-0032-1322586.
4. Puccioni-Sohler M, Soares CN, Papaiz-Alvarenga R, Castro MJ, Faria LC, Peralta JM. Neurologic dengue manifestations associated with intrathecal specific immune response. Neurology. 2009 Oct 27;73(17):1413-7. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181bd8258.
5. Carod-Artal FJ, Wichmann O, Farrar J, Gascón J. Neurological complications of dengue virus infection. Lancet Neurol. 2013 Sep;12(9):906-919. Doi: 10.1016/S1474-4422(13)70150-9.

6. Verma R, Sahu R, Holla V. Neurological manifestations of dengue infection: a review. *J Neurol Sci.* 2014 Nov 15;346(1-2):26-34. doi: 10.1016/j.jns.2014.08.044.
7. Guzman MG, Harris E. Dengue. *Lancet.* 2015 Jan 31;385(9966):453-65. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60572-9.
8. Simmons CP, Farrar JJ, Nguyen vV, Wills B. Dengue. *N Engl J Med.* 2012 Apr 12;366(15):1423-32. doi: 10.1056/NEJMra1110265.
9. Francisco Jiménez-Morillasa, Manuel Gil-Mosqueraa y Eric Jorge García-Lamberechtsb. Fiebre en el viajero retornado del trópico. *Med Clin (Barc).* 2019;153(5):205–212.
10. Beckham JD, Tyler KL. Arbovirus Infections. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2015 Dec;21(6 Neuroinfectious Disease):1599-611. DOI: 10.1212/CON.0000000000000240.

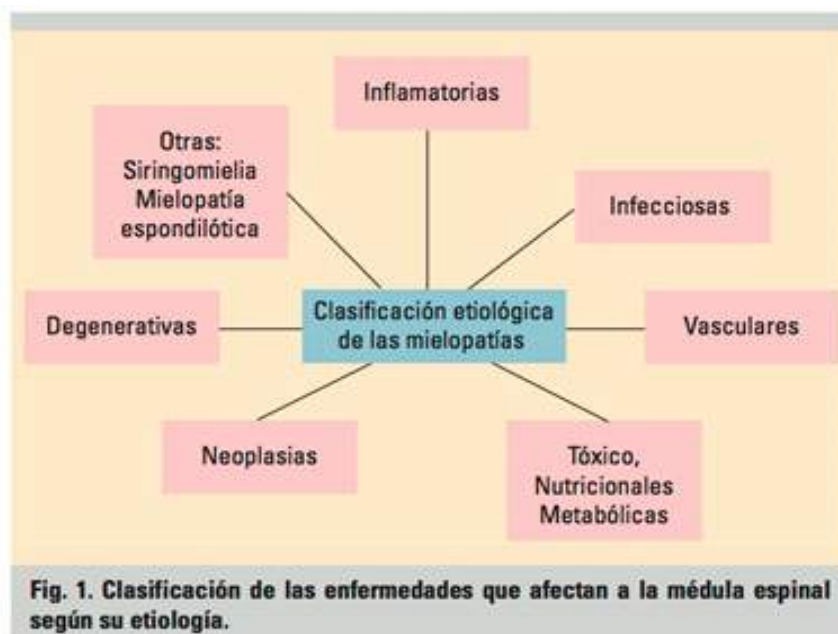
## ANNEX

**Taula 1.** Diagnòstic diferencial de les síndromes medul·lars agudes. Font: Ropper AE, Ropper AH. *Acute Spinal Cord Compression.* *N Engl J Med.* 2017 Apr 6;376(14):1358-1369. doi: 10.1056/NEJMra1516539.

**Table 1. Clinical Syndromes of Acute Spinal Cord Compression.**

|                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Complete transverse myelopathy (lesion affecting both sides and anterior and posterior spinal cord at one or more segments)              |
| Bilateral paralysis below lowest affected segment of spinal cord                                                                         |
| Loss or reduction of all sensation below affected level of spinal cord (sensory level)                                                   |
| Sphincter dysfunction with urinary or bowel urgency, retention, or incontinence                                                          |
| Segmental loss of reflexes at affected level                                                                                             |
| Hyperreflexia and Babinski signs                                                                                                         |
| Spinal shock (acute destruction of spinal cord at one or more cervical or upper thoracic segments)                                       |
| Paralysis of limbs below the affected segment of the spinal cord                                                                         |
| Hypotonia and areflexia of limbs below the level of the lesion                                                                           |
| No Babinski signs                                                                                                                        |
| Loss of sphincter function                                                                                                               |
| Reduced autonomic function below affected level                                                                                          |
| Systemic hypotension                                                                                                                     |
| Central cord syndrome (predominant gray-matter damage, typically involving cervical spine, from trauma)                                  |
| Weakness and reflex loss in arms; less severe weakness or no weakness in legs                                                            |
| Reduced pain and thermal sense in arms, typically with hyperesthesia, sparing sensation of vibration and proprioception in arms and legs |
| Variable hyperreflexia in legs                                                                                                           |
| Hemicord (Brown-Séquard) syndrome                                                                                                        |
| Paralysis, hyperreflexia, and reduced sensation of vibration on one side of body                                                         |
| Babinski sign on paralyzed side                                                                                                          |
| Loss of pain and thermal sense on opposite side                                                                                          |
| Conus medullaris syndrome (cord compression at the level of L1–L2 vertebral bodies)                                                      |
| Weakness of feet and legs                                                                                                                |
| Variable reflexes in legs                                                                                                                |
| Early loss of sphincter function                                                                                                         |
| Loss of sensation at sacral and lower lumbar (perineal) dermatomes; sensory level at or below waist                                      |
| Variable Babinski signs                                                                                                                  |
| Cauda equina syndrome (compression between L2 and S1 vertebral bodies)                                                                   |
| Sciatic or other radicular pain                                                                                                          |
| Areflexic weakness of feet and legs, depending on level of compression                                                                   |
| Sphincter dysfunction                                                                                                                    |
| Reduced sensation from saddle region and legs up to groin                                                                                |

**Figura 1.** Causas de mielopatías agudas. Font: I. Casado Naranjo, J. Mata Gómez, R. Romero Sevilla y J.C. Portilla Cuenca. Enfermedades de la médula espinal. Síndromes medulares. Medicine. 2015;11(78):4667-77



**Taula 2.** Diagnòstic diferencial de les mielitis transverses agudes. Font: West TW, Hess C, Cree BA. Acute transverse myelitis: demyelinating, inflammatory, and infectious myelopathies. Semin Neurol. 2012 Apr;32(2):97-113. Doi: 10.1055/s-0032-1322586.

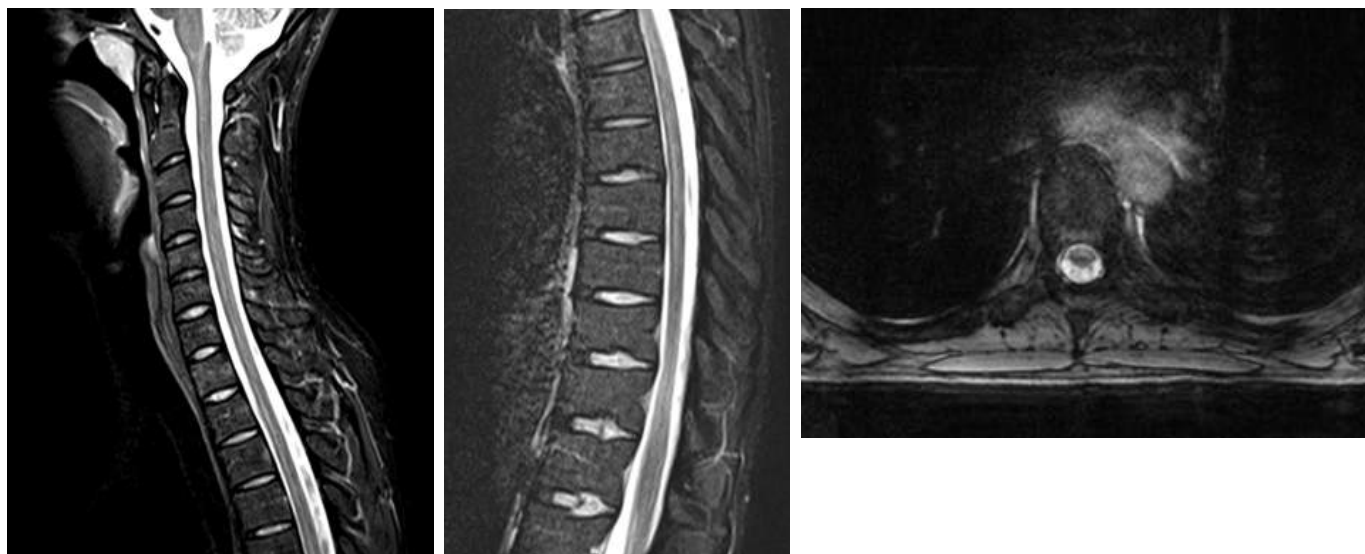
**Table 2** Differential Diagnosis of Acute Transverse Myelitis<sup>11,18</sup>

| <b>Demyelinating</b>                         | <b>Viral-herpes viruses (DNA)</b>   |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|
| Multiple sclerosis*                          | Herpes simplex virus type-2 (HSV)*  |
| Neuromyelitis optica*                        | Varicella-zoster virus (VZV)*       |
| Idiopathic transverse myelitis*              | Cytomegalovirus (CMV)*              |
| Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM)* | Epstein-Barr virus (EBV)            |
| Postvaccinal*                                | <b>Viral-paramyxoviruses (RNA)</b>  |
| <b>Inflammatory/Autoimmune</b>               | Measles                             |
| Systemic lupus erythematosus (SLE)*          | Mumps                               |
| Primary Sjögren's syndrome*                  | <b>Viral-orthomyxoviruses (RNA)</b> |
| Neurosarcoidosis                             | Influenza A virus (including H1N1)  |
| Behçet's disease                             | <b>Viral-picornaviruses (RNA)</b>   |
| Mixed connective tissue disease (MCTD)       | Coxsackie viruses A and B           |
| Systemic sclerosis                           | Enterovirus-70 and 71               |
| <b>Paraneoplastic</b>                        | Echoviruses                         |
| Anti-amphiphysin (breast carcinoma)          | Hepatitis A and C                   |
| Anti-CRMP-5 (small cell lung cancer)         | Poliovirus 1, 2, and 3              |
| <b>Bacterial</b>                             | <b>Viral-flaviviruses (RNA)</b>     |
| Treponema pallidum (Syphilis)                | West Nile virus                     |
| Mycobacterium tuberculosis (TB)              | Japanese encephalitis virus         |
| Borrelia Burgdorferi (Lyme)                  | Tick-borne encephalitis virus       |
| <b>Fungal</b>                                | St. Louis encephalitis virus        |
| Actinomyces                                  | Dengue virus                        |
| Coccidioides immitis                         | <b>Parasitic</b>                    |
| Aspergillus                                  | Neurocysticercosis                  |
| Blastomyces dermatitidis                     | Schistosoma                         |
|                                              | Gnathostoma angiostrongylosis       |

\*Indicates common causes for transverse myelitis.



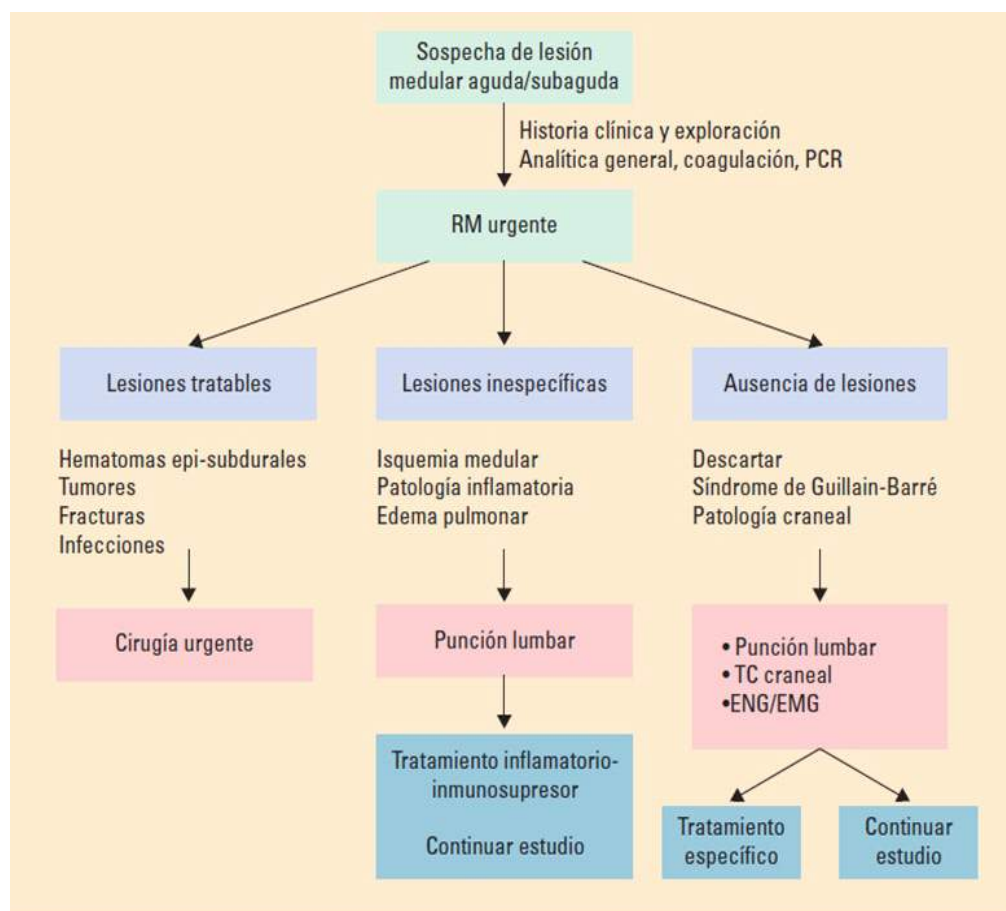
**Figura 2.** RMN lumbar (seqüències en T2 sagitals i axial). Font: imatge pròpia.



**Figura 3.** Test d'immuno-cromatografia de detecció del dengue positiu per a IgM i IgG. Font: imatge pròpia.



**Figura 4.** Maneig inicial davant la sospita de mielopatia aguda/subaguda. Font: I. Casado Naranjo, J. Mata Gómez, R. Romero Sevilla y J.C. Portilla Cuenca. Enfermedades de la médula espinal. Síndromes medulares. Medicine. 2015;11(78):4667-77



**Fig. 7.** Estrategia diagnóstica de las mielopatías. EMG: electromiograma; ENG: electroneurograma; PCR: proteína C reactiva; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computadorizada.



# Aquest és un altre cas de tuberculosi. O no?

Joan Raga<sup>(1)</sup>, Neus Robert<sup>(2)</sup>, Alba Herraiz<sup>(3)</sup>, Pilar Marcos<sup>(4)</sup>, Gemma Lladós<sup>(5)</sup>, José Ramón Santos<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Resident de tercer any de Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Servei d'Urgències,

<sup>(3)</sup>Resident de quart any de Medicina Intensiva, <sup>(4)</sup>Servei de Medicina Intensiva,

<sup>(5)</sup>Resident de cinqué any de Medicina Interna, <sup>(6)</sup>Servei de Malalties Infeccioses.

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autor: Joan Raga

Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: jraga89@gmail.com

Forma citació: Raga J, Robert N, Herraiz A, Marcos P, Lladós G, Santos JR. *Aquest és un altre cas de tuberculosi. O no?*. ReMUE.c@t 2020;7(2):25-29

**Motiu de consulta:** Hemoptisi

**Antecedents patològics:** Home de 54 anys Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Natural de Melilla. Fumador de 2 paquets de cigarrets diàries. Nega hàbit enòlic. Treballador del clavegueram. Diabetis Mellitus tipus 2 en tractament amb antidiabètics orals (metformina i canaglifozina). Última HbA1c de 6'2% a l'octubre del 2019. Dislipèmia en tractament amb simvastatina.

**Malaltia actual:** Consulta per accesos de tos de 48 hores d'evolució amb expectoració hemoptoica, en total quantifica aproximadament uns 100 centímetres cúbics, en context d'una síndrome gripal de sis dies d'evolució amb malestar general, sudoració i sensació distèrmica no termometrada pel que havia estat prenent antipirètics sense millora.

**Exploració física:** Constants vitals: FC 85 bpm, FR 24 rpm, TA 63/45 mmHg, T 36°C, SatO2 70% a l'aire ambient. Exploració física: Estat general conservat, lleugerament taquipneic. Coloració lleugerament icterica, sense injecció conjuntival. Sorolls cardíacs regulars sense bufs ni freqüència pericàrdic. Auscultació pulmonar amb presència de crepitació de predomini bibasal. Abdomen amb peristaltisme present, tou i depressible, lleugerament dolorós a la palpació a hipocondri dret. No masses ni megàlies. No signes de peritonisme. Eell sense edemes ni signes de TVP.

**Exploracions complementàries a Urgències:**

- **Anàlisi:** Destaca leucocitosi de 12.800\*10<sup>9</sup>/mL amb neutrofilia del 85%, Hemoglobina 15'4 g/dL, plaquetopènia de 71.000\*10<sup>9</sup>/mL. Gasometria a aire ambient amb pH 7'35, PCO2 31mmHg, pO2 41mmHg, HCO3 17'1 mmol/L (PaFi 195'23). Bioquímica: destaca creatinina 3'45 mg/dL, bilirrubina 3'73 mg/dL (directa 2'28 mg/dL), FA 304 U/L, GGT 424 U/L, PCR 368'60 mg/L. Lactat 2'36 mmol/L. Procalcitonina 5'21 mg/dL.

Triglicèrids 2293 mg/dL. Serologies VIH negatives. PCR Multiplex virus respiratoris negatiu.

- **Espit:** mostra grau 4 de Murray-Washington. Sense evidència de BAAR a la tinció de Ziehl-Neelsen i auramina.

- **Radiografia (imatge 1):** Patró cotonós bilaterals en ambdós hemicamps.

- **AngioTC toracoabdominal (imatge 2):** Sense signes de tromboembolisme pulmonar. Augment difús d'atenuació en vidre desllustrat amb gradient anteroposterior associat a engruiximent septal (patró en empedrat) i algun focus consolidatiu suggerent de distress respiratori com a primera opció sense poder descartar infecció. Lleu quantitat de líquid en gotiera parietocòlica dreta. Hipercaptació de parets en cec, adjacent amb la vàlvula ileocecal, compatible amb apendicitis incipient. Resta sense alteracions a destacar.

**Diagnòstic diferencial:** Utilitzant l'hemoptisi com a símptoma guia, i donat que la resta de simptomatologia era suggestiva d'un procés infeccios:

- **Origen a la via aèria: Bronquitis o bronquiectàcies** (a favor que el pacient és un fumador important tot i no tenir antecedents pneumològics filiats). **Neoplàsia d'origen respiratori o otorrinolaringològic:** Un altre diagnòstic a tenir en compte tot i que la simptomatologia era aguda (pocs dies) i no hi havia síndrome tòxica concomitant. Menys probables: neoplàsia, cossos estranys, traumatismes, fístula.

- **Origen parenquimatós: Pneumònia:** Primera opció diagnòstica a aquest grup tot i que l'hemoptisi és una presentació relativament infreqüent. **Neoplàsia:** altra opció a considerar tal com s'ha comentat anteriorment. **Patologia autoimmune:** En aquest cas donada l'afectació renopulmonar s'ha de tenir en consideració, si bé la insuficiència renal pot estar amb relació a procés sèptic.

**Altres:** Coagulopatia, iatrogenia.

- **Origen vascular pulmonar: Tromboembolisme**

**pulmonar:** Per l'afectació gasomètrica hauria de tractar-se d'un TEP massiu, que si bé es tracta d'una opció diagnòstica seria més freqüent acompanyat d'altres signes de disfunció ventricular dreta.

**Hemorràgia alveolar per distress respiratori:** afectació a considerar en aquest cas donat que hi havia alteracions analítiques (hipertrigliceridèmia, colèstasi) que podien suggerir afectació intraabdominal. Altres: Malformació arteriovenosa, estenosi mitral severa (reumàtica), pseudoaneurismes.

**-Altres causes:** Ús de cocaïna ('crack'), immunoteràpia, criptogènica.

### **Evolució clínica i exploracions complementàries fora d'Urgències.**

S'inicia oxigenoteràpia amb mascareta amb reservori al 100% per mantenir saturacions superiors al 90% tot i mantenir-se taquipneic. Feta la radiografia de tòrax s'inicia tractament empíric amb Ceftriaxona i azitromicina sospitant pneumònia adquirida a la comunitat tot i sospitar algun factor d'immunodepressió concomitant per la presentació atípica. Pel patró radiogràfic compatible amb possible *distress* respiratori, i donat que analíticament presenta patró d'hiperbilirubinèmia amb colèstasi i hipertrigliceridèmia es decideix sol·licitar angioTC toracoabdominal que informa de dubtosa apendicitis incipient amb patró parenquimatós toràcic anteroposterior suggestiu de *distress* respiratori. Les serologies VIH, PCR Multiplex de virus respiratoris i la tinció d'auramina a l'esput són negatives.

Com que presenta insuficiència respiratòria refractària al tractament instaurat es contacta amb Medicina Intensiva, decidint ingrés a càrrec seu i requerint intubació orotràqueal, amines a dosis baixes i tècnica de depuració renal en les primeres hores. Es realitza fibrobroncoscòpia observant secrecions purulentes i hemàtiques que s'aspiren, sense criteris estrictes d'hemorràgia alveolar. Es recullen mostres on no es veuen BAAR, cultius de micobacteris (posteriorment negatius). Per sospita de vasculitis (Goodpasture, Wegener) s'inicia tractament amb metilprednisolona a dosis altes (1g i posteriorment bolus de 500 mg), es fa bateria de proves d'autoimmunitat (imatge 3) que es negativa.

Durant les següents 48h presenta progressiva millora clínica sent possible tornar a decúbit supí i amb disminució dels requeriments d'aminas per manteniment tensional. Es pot retirar hemofiltre. Per sospita epidemiològica de leptospira s'afegeix doxiciclina fins a completar 7 dies de tractament en total. Es pot extubar a les 96h de la seva arribada a l'UCI. Passa a planta d'hospitalització de malalties infeccioses on es pot retirar l'oxigenoteràpia i presenta resolució completa de les alteracions analítiques. Es confirma positivitat de la serologia per leptospirosi (imatge 4). El pacient és donat d'alta a domicili.

**Diagnòstic final:** Leptospirosi.

### **Discussió.**

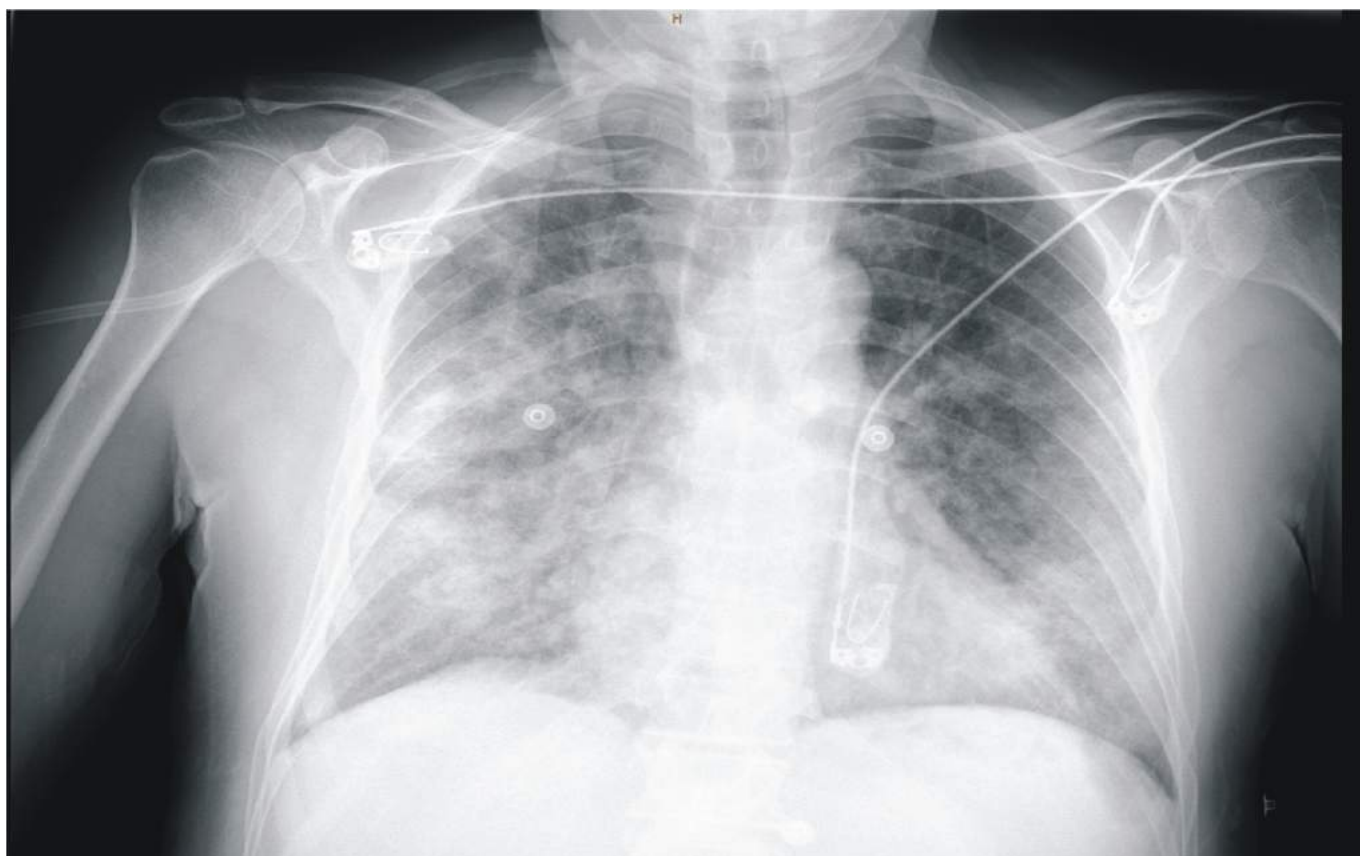
La leptospirosi és una zoonosi estesa de forma global, estant catalogada per l'OMS d'infradiagnosticada. Els mamífers en són hostes naturals (rosegadors, animals de granja, gossos i d'altres). Els portadors que ho transmeten ho fan a través de l'orina mantenint-se la leptospira viable a terra i aigua durant llargs períodes. Els humans ens infectem al contacte amb l'orina mitjançant conjuntives, talls a la pell o mucoses.

Les presentacions clíniques són molt variables: habitualment es presenta com un quadre gripal amb injecció conjuntival i/o hemorràgies, fins i tot a vegades com una síndrome mononucleòtica amb faringitis, hepatoesplenomegalia i adenopaties. Té un curs bifàsic, primerament amb una fase de bacterièmia febril seguida d'un període amb sensació de millora i desaparició de la febre; seguida d'altra fase amb les complicacions més greus: poden aparèixer la insuficiència renal, icterícia, hemorràgia pulmonar, distress respiratori amb una mortalitat segons cohorts que volta el 71%. Donat que les manifestacions clíniques i analítiques són inespecífiques, es requereix un alt nivell de sospita al moment del diagnòstic. La serologia pot trigar de dies a setmanes en confirmar-se, així com els cultius, i les tècniques moleculars per diagnòstic ràpid encara no estan implementades a la majoria de serveis d'urgències.

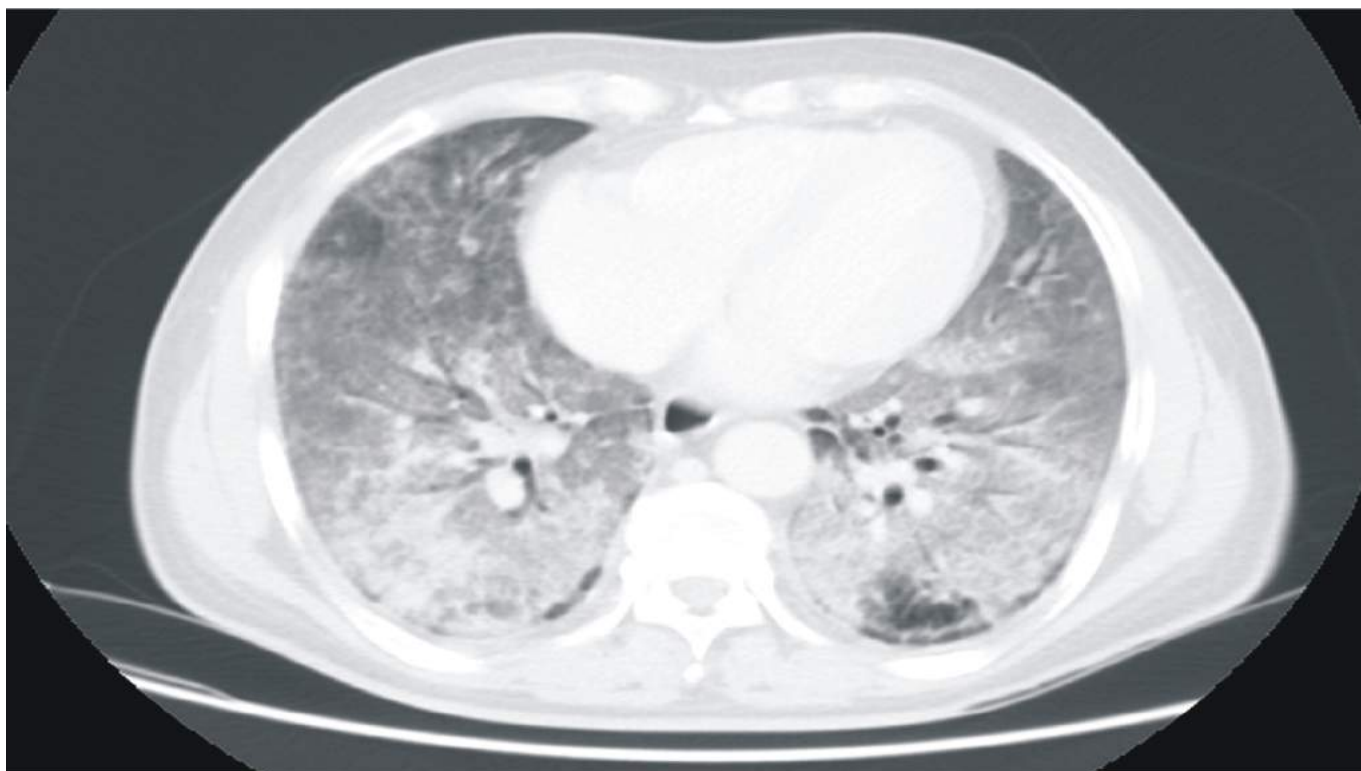
Per tant, amb sospita clínica moderada o alta s'ha d'iniciar tractament empíric. En cas d'afectacions lleus es pot tractar amb doxiciclina o azitromicina, en casos greus que requereixen hospitalització es pot administrar penicil·lina G, doxiciclina, ceftriaxona o cefotaxima. En aquest cas, el context epidemiològic va ser determinant a l'hora de prioritzar antibioteràpia dirigida amb doxiciclina (si bé ja estava amb tractament amb Ceftriaxona i Azitromicina, també efectives, per sospita de pneumònia adquirida a la comunitat).

### **Bibliografia**

1. Hartskeerl RA, Collares-Pereira M, Ellis WA. Emergence, control and re-emerging leptospirosis: dynamics of infection in the changing world. Clin Microbiol Infect 2011; 17:494.
2. Marquez A, Djelouadji Z, Lattard V, Kodjo A. Overview of laboratory methods to diagnose Leptospirosis and to identify and to type leptospires. Int Microbiol 2017; 20:184.
3. Katz AR, Ansdell VE, Effler PV, et al. Assessment of the clinical presentation and treatment of 353 cases of laboratory-confirmed leptospirosis in Hawaii, 1974-1998. Clin Infect Dis 2001; 33:1834.
4. Brett-Major DM, Coldren R. Antibiotics for leptospirosis. Cochrane Database Syst Rev 2012; :CD008264.



**Imatge 1:** Radiografia de tòrax a l'arribada a Urgències. Índex cardioràtic conservat. Destaca la presència d'infiltrat cotonós bilateral que difumina la silueta cardíaca però no els diafragmes. Sense pinçament costofrènic.



**Imatge 2.** AngioTC toracoabdominal. Als talls pulmonars s'observa augment difús d'atenuació en vidre desllustrat amb gradient anteroposterior i engruiximent septal (patró en empedrat) suggestiu de distress respiratori com a primera opció sense poder descartar infiltrats infecciosos.

Imatge 3

20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

**Autoimmunitat**

Normalitat <1/80

|                                                                                   |             |       |                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ac anti-mitocondrials<br>Immunofluorescència indirecta                            | Negatiu     |       | Normalitat: absència                                                                                                                                                                       |
| Ac anti-múscul lliis<br>Immunofluorescència indirecta                             | Negatiu     |       | Normalitat: absència                                                                                                                                                                       |
| Ac anti-cèl·lules parietals<br>Immunofluorescència indirecta                      | Negatiu     |       | Normalitat: absència                                                                                                                                                                       |
| Anticòs contra les cèl·lules hepàtiques i renals<br>Immunofluorescència indirecta | Negatiu     |       | Normalitat: absència                                                                                                                                                                       |
| Ac anti-citoplasma de neutròfils<br>Immunofluorescència indirecta                 | Negatiu     |       | Normalitat: absència                                                                                                                                                                       |
| Ac anti-membrana basal glomerular<br>Quimioluminiscència                          | <2.9        | CU    | 0 - 20                                                                                                                                                                                     |
| Ac anti-proteinasa 3<br>ELISA                                                     | 3.14<br>NEG | UR/ml | 0 - 20                                                                                                                                                                                     |
| Ac anti-mieloperoxidasa<br>ELISA                                                  | 0.59<br>NEG | U/ml  | 0 - 5                                                                                                                                                                                      |
| Ac anti-pèptids citrulinats<br>ELISA                                              | 2.18        | U/ml  | 0 - 20<br>L'estudi d'Ac anti-pèptids citrulinats ha resultat negatiu. Aquesta prova presenta una sensibilitat del 74% i una especificitat del 96% per al diagnòstic d'Artritis Reumatoide. |
| Factor Reumatoide (FR)<br>Immunoturbidimetria                                     | 30          | UI/ml | 0 - 14 *<br>Valors de referència: Documentació del fabricant del sistema de mesura                                                                                                         |
| Ac anti-membrana basal glomerular urgent<br>ELISA                                 | 1.0         | Índex | 0.0-3.0<br>Interpretació:<br>Negatiu < 3.0<br>Dubtosa: 3.0 - 4.0<br>Positiu: > 4.0                                                                                                         |
| Ac anti-proteinasa 3 urgent                                                       | 1.1         | Índex | 0.0-3.0                                                                                                                                                                                    |

**Serologia general**

|                                                   |         |
|---------------------------------------------------|---------|
| Citomegalovirus, anticossos IgG                   | Positiu |
| Tècnica: Quimioluminiscència                      |         |
| Epstein Barr, anticossos IgG (anti càpsida viral) | Positiu |
| Tècnica: Quimioluminiscència                      |         |

**Autoimmunitat**

|                                               |                                                                        |       |          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|----------|
| Factor Reumatoide (FR)<br>Immunoturbidimetria | 24                                                                     | UI/ml | 0 - 14 * |
|                                               | Valors de referència: Documentació del fabricant del sistema de mesura |       |          |

**Immunoquímica**

|                                                 |                                 |                      |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| Crioglobulines                                  | Positiu (Tipus II)              | Normalitat: Absència |
| Crioglobulines caracterització<br>Immunofixació | Mixte (IgM lambda + policlonal) | Normalitat: Absència |
| Crioglobulines IgA<br>Nefelometria              | 0.18                            | mg/dl                |
| Crioglobulines IgG<br>Nefelometria              | 0.42                            | mg/dl                |
| Crioglobulines IgM<br>Nefelometria              | 0.28                            | mg/dl                |



Imatge 4

Prova derivació Micro. (NO EN CATÀLEG)

Resultat: [Vegeu document adjunt](#)

|                                                    |                 |                         | Validación          |
|----------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|---------------------|
| Laboratorio de Espiroquetas y Patógenos Especiales |                 |                         |                     |
|                                                    | Unidades        | Sensibilidad            |                     |
| Leptospira (ELISA IgM).                            | 3,26 (Positivo) | Indeterm.:<br>0.90-1.10 | 11/11/2019 12:55:26 |

El ELISA IgM de leptospira es una técnica que presenta falsos positivos. En nuestra experiencia todos los sueros con valores por debajo de 2 fueron negativos por microaglutinación (técnica Gold Standard) y el 91% de los sueros con valores por encima de 2 presentaron títulos positivos (1/100) a alguno de los serovares de nuestro panel de microaglutinación

# Què fer en una parèsia d'extremitats inferiors sobtada a urgències?

Joan Esplugues<sup>(1)</sup>; Marta De la Rosa<sup>(2)</sup>; José Ignacio Ferro<sup>(3)</sup>; Emili Gené<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Resident de primer any de Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Resident de segon any d'Anestesiologia i reanimació

<sup>(3)</sup>Metge adjunt del Servei d'Urgències

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Nom autor: Joan Esplugues

Lloc de treball: Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: joan.esplugues@gmail.com

Forma citació: Esplugues J, De la Rosa M, Ferro JI, Gené E. Què fer en una parèsia d'extremitats inferiors sobtada a urgències?. ReMUE.c@t 2020;7(2):30-32

**MOTIU DE CONSULTA:** Dolor lumbar paravertebral intens de dues hores d'evolució

## ANTECEDENTS PERSONALS/PATOLÒGICS D'INTERÈS

Dona de 72 anys sense AMC. Presenta les funcions superiors conservades i és autònoma per activitats bàsiques de la vida diària. La pacient és resident habitual a Granada on té tot el seu historial mèdic.

- **Hipertensió Arterial** en tractament mèdic amb Valsartan.

- **Dislipèmia:** En tractament amb Simvastatina

- **Pròtesi mecànica doble (mitral i aòrtica)** secundària a Valvulopatia no especificada en tractament amb Acenocumarol.

- **Insuficiència cardíaca** No consten descompensacions, ecocardiograma ni altres estudis al nostre sistema. En tractament amb Furosemda (1-0-1), Ivabradina 5 mg (1-0-1) Valsartan 160 mg 0-0-1.

## MALALTIA ACTUAL:

Pacient que, estant de viatge a la nostra ciutat, inicia cervicàlgia moderada durant 24 hores amb tendència progressiva a la millora. Posteriorment, el dolor comença a localitzar-se sobtadament a nivell lumbar, paravertebral, bilateral i molt intens, pel que la pacient decideix consultar a l'hospital. Refereix que el dolor augmenta amb els moviments. No altres símptomes associats, no traumatisme previ, no ha pres medicació pel control del dolor.

## EXPLORACIÓ FÍSICA:

A la seva arribada a urgències la pacient està hemodinàmicament estable i afebril. Presenta afectació de l'estat general per la intensitat del dolor lumbar, que

augmenta amb els moviments. Força i sensibilitat conservada a les 4 extremitats. No altres símptomes acompanyants.

Es sol·licita una analítica, un sediment i radiografia abdominal, de tòrax, cervical i lumbar. Durant l'espera dels resultats, la pacient refereix dificultat per la micció i impossibilitat sobtada de mantenir la bipedestació, per pèrdua de força en extremitats inferiors. Es sol·licita valoració a Neurologia que revalua la pacient i detalla el següent: *C i O en TEP, nominació i comprensió correctes, PICNR, campimetria normal, PPCC normals, no claudicacions d'EESS, paraparèsia amb plègia crural D i parèsia 3/5 crural E, RMTs 2-3/5 EESS i hiporreflexia de rotulians i aquilis bilateral, Babinski bilateral, nivell sensitiv D10- D11, hipoparestèsia EEL fins a malucs. No dismetries dit-nas, no extincions.*

## DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES

La pacient presenta una clínica aguda amb una exploració física on s'observa un nivell sensitiv únic i signes compatibles amb una lesió de primera motoneurona. El fet que trobem una hiporreflexia (típic de segona motoneurona) pot estar produït per la cronologia dels fets. En la patologia medul·lar aguda en un primer moment es produeix un xoc medul·lar, que s'expressa d'aquesta manera. Posteriorment es reverteix, donant lloc a hiperreflexia.

Per tant, tenint en compte aquestes característiques podem inferir que tenim una lesió a la medul·la espinal, més concretament a nivell de D10 i D11. La principal sospita etiològica és una síndrome compressiva, ja que la principal alternativa, una lesió isquèmica, donaria lloc a una pèrdua sensitiva més àmplia, afectant tots els dermatomes per sota l'àrea lesionada.

Fetes aquestes consideracions, la principal etiologia de la síndrome compressiva a descartar, tant per la seva

freqüència com per la facilitat de confirmar-la o descartar-la, és la presència d'una fractura vertebral amb desplaçament que comprimeixi la medul·la. Aquesta pot ser traumàtica o bé patològica. Per tal de descartar aquesta etiologia realitzaríem una radiografia simple de columna, juntament amb una anamnesi dirigida a descartar un possible antecedent traumàtic recent o bé la presència d'osteoporosi<sup>1</sup>.

Un cop descartada la lesió traumàtica, l'altre gran etiologia a descartar és la compressió neoplàsica, ja que aquesta pot aparèixer fins a un 20% en pacients amb càncer metastàtic<sup>2</sup>. Tot i això, és rar que aquesta presentació sigui la clínica debut del càncer, sobretot si no hi ha una síndrome constitucional o cap altre clínica concomitant.

Altres etiologies a valorar serien una hèrnia discal aguda o bé una ossificació del lligament posterior longitudinal, que s'associa a hiperostosis idiopàtica o espondiloartropaties i pot produir clínica a nivell agut, tot i no ser el més habitual<sup>3</sup>.

Finalment, i amb una freqüència molt menor, la presència d'abscessos piògens, algunes manifestacions molt concretes de la TBC (mal de Pott) o bé la presència d'hematomes, ja siguin epidurals (els més freqüents) o subdurals, també podria justificar aquesta clínica<sup>3</sup>.

En tots aquests casos, la prova que es realitza per tal de filiar l'etiologia és la ressonància magnètica (RMN). Aquesta prova, que rarament es realitza d'urgències, està indicada únicament en aquells casos en què hi ha una aparició recent i sobtada d'alteracions motores i sensitives en l'exploració neurològica, com és el nostre cas<sup>4</sup>.

A partir d'aquí prosseguiríem el diagnòstic diferencial en funció dels resultats. Majoritàriament obtindríem la causa i el nivell de l'obstrucció. Ara bé és possible que la RMN mostrés lesions inespecífiques, sense mostrar una obstrucció clara. En aquest cas valoraríem altres etiologies menys probables, com ara una mielitis transversa, una síndrome paraneoplàsica o bé una possible infecció per *Schistosoma mansoni* o *Hameatobium*<sup>3</sup>. Totes aquestes opcions, que són menys probables degut al seu curs generalment subagut, es descartarien amb la realització d'una punció lumbar i l'estudi del subseqüent líquid cefaloraquídi.

## PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES A URGÈNCIES:

**-Analítica:** Leucòcits  $11.54 \times 10^9/L$ , Hemoglobina 125 g/L, Plaquetes  $246 \times 10^9/L$ , Neutròfils (%)  $83.9\%$ , Limfòcits (%)  $11.3\%$ , **Temps protrombina (INR)  $5.54$  ratio**, T.Tromboplastina parcial activ  $1.83$  ratio, Glucosa  $135$  mg/dL, Urea  $83$  mg/dL, Creatinina  $1.33$  mg/dL, Sodi  $139$  mEq/L, Potassi  $4.4$  mEq/L.

**- Sediment:** S'observen 15-50 leucòcits per camp /camp, S'observen  $< 8$  hematies per camp /camp, S'observa flora bacteriana abundant.

**-Rx tòrax:** Presenta grapes per antiga esternotomia mitja. No altres alteracions òssies. ICT $<0.5$  s'observa vàlvula protètica. Hilis normals. No s'observen condensacions en camps pulmonars.

**-Rx Abdomen:** Normal, presència de restes de femta en colon. No presència de litiasi.

**-Rx Columna Lumbar:** No s'observen fractures vertebrales

**-Rx Cervical:** No s'observen alteracions òssies valorables.

**-Ressonància magnètica cervico-toraco-lumbar<sup>1</sup>:** Col·lecció hemàtica intrarraquídia; probablement intradural a l'alçada D8-D9 amb compromís del cordó en aquest nivell. S'estén de forma laminar cranial i caudalment, fins a l'alçada de L4-L5.

## DIAGNÒSTIC DEFINITIU:

El diagnòstic s'obté directament a urgències gràcies a la realització de la RMN lumbar. Es tracta d'una síndrome compressiva medul·lar secundària a un hematoma intradural espontani D8-D9 en el context de supradescoagulació.

## EVOLUCIÓ CLÍNICA DE LA PACIENT:

Es comenta el cas amb Traumatologia (Unitat de raquis) i anesthesiologia, que plantegen intervenció quirúrgica, pel que es decideix revertir la supradescoagulació amb l'administració de dues ampolles de fitomenadiona. Es realitza una analítica de control 10 hores després de l'arribada a urgències de la pacient que mostra INR de 2.2. En aquest moment és revalorada per Traumatologia que objectiva millora en l'exploració neurològica de la pacient, amb certa millora de la parèsia. Per aquesta raó es decideix, conjuntament amb neurocirurgia i neuroradiologia manegui conservador amb ingrés a la planta de traumatologia per a iniciar rehabilitació. Durant els següents dos mesos la pacient resta ingressada al nostre hospital arribant a aconseguir bona recuperació funcional: aguanta bipedestació i pot deambular amb bastó.

## DISCUSSIÓ:

L'aparició d'una parèsia sobtada en un pacient a urgències ens recorda una de les poques indicacions de la RMN medul·lar a urgències<sup>4</sup>. El posterior tractament resulta motiu de controvèrsia donada l'excepcionalitat del cas, que dificulta la creació de protocols.

Revisant la literatura hi ha descrites 3 principals opcions terapèutiques: la descompressió quirúrgica, el drenatge percutani i el tractament amb teràpies conservadores. D'aquestes tres el drenatge percutani és el que té unes indicacions més clares: presència d'hematoma dorsal en pacient sense alteracions de la coagulació<sup>5</sup>.

La tria entre les altres opcions és més controvertida, havent-hi articles discordants, pel que fa a les indicacions de cada tractament<sup>5,6</sup>. Rettenmaier LA et al<sup>6</sup>, realitza una revisió de 42 casos aïllats d'hematoma subdural agut sense causa aparent i el seu tractament. D'aquesta manera observa que, aquells casos on s'observaven lleus dèficits, es realitzava tractament conservador, en contraposició als casos amb important deteriorament clínic o dèficits motors i sensitius severos on s'optava per intervenció. Comparant aquests estudis s'observà un millor resultat en aquells pacients tractats de manera conservadora respecte els pacients quirúrgica, tot i que en cap cas van ser considerats com a resultats significatius donada la important discordança en les poblacions inicials (pacients més desfavorables en el grup quirúrgic).

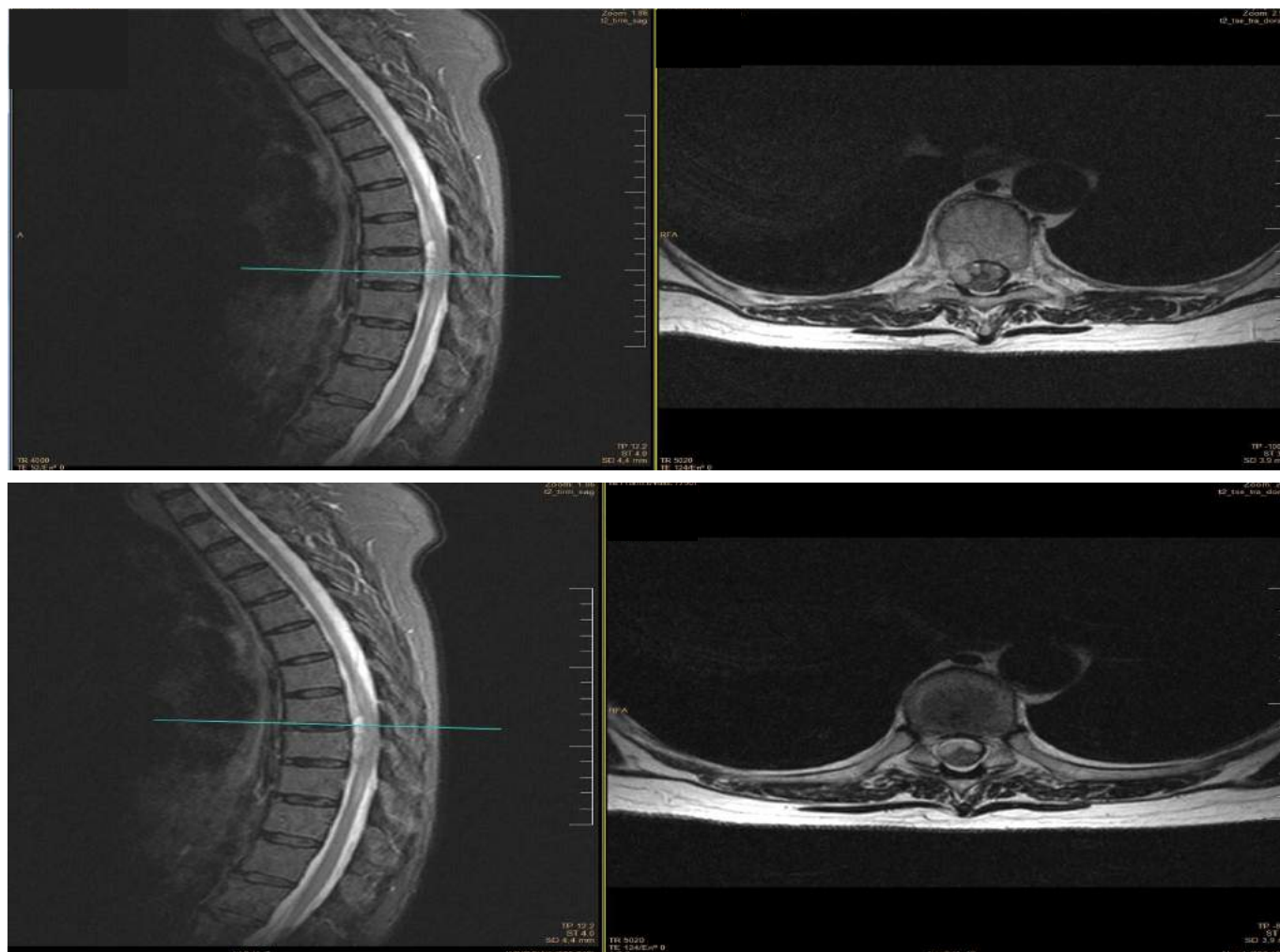
Tornant al nostre cas, la presència de millora progressiva dels dèficits que va presentar la pacient, va resultar el factor clau perquè es decidís ajornar l'operació. La posterior recuperació pràcticament ad integrum, demostra la importància de valorar les opcions terapèutiques més adients per a cada pacient de manera individualitzada.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hansebout R., Kachur E. *Acute Spinal Cord Injury* [Internet]. Uptodate: Aminoff M.J. [Octubre-19; Novembre 19]. Disponible en [www.uptodate.es](http://www.uptodate.es)
2. P. Romero, A. Manterola, E. Martínez, et al. *Compresión medul·lar*. Anales Sis San Navarra vol.27 supl.3 Pamplona 2004
3. Eisen A. Disorders affecting the spinal cord. [Internet]. Uptodate: Aminoff M.J. J.A. [Octubre-19; Novembre 19]. Disponible en [www.uptodate.es](http://www.uptodate.es)
4. Long A. *The Utility of MRI in the Emergency Department* [Internet]. emDocs: Koyfman A. [Febrer 2017; Novembre 2019]. Disponible en: [www.emdocs.net](http://www.emdocs.net)
5. Arain A, Moral M, Shams S, Desai K, Kalsa K. *Atypical Presentation of Atraumatic Spinal Subdural Hematoma Associated with Warfarin: A Case Report and Review of the Literature*. Case Reports in Orthopedics. 2019;2019:1-4.
6. Rettenmaier L, Holland M, Abel T. *Acute, Nontraumatic Spontaneous Spinal Subdural Hematoma: A Case Report and Systematic Review of the Literature*. Case Reports in Neurological Medicine. 2017;2017:1-12

## IMATGES

-Ressonància magnètica toràcica:





# Síndrome còndil occipital

Marta Matas<sup>(1)</sup>; Natàlia Mas<sup>(2)</sup>; Sílvia Catot<sup>(3)</sup>; Esther Casado<sup>(4)</sup>; Elena Cillan<sup>(5)</sup>;

Montserrat Domènech<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Metge resident de segon any en Oncologia Mèdica, <sup>(2)</sup>Cap del servei de Neurologia,

<sup>(3)</sup>Metge adjunt d'Oncologia Mèdica, <sup>(4)</sup>Metge adjunt d'Oncologia Mèdica,

<sup>(5)</sup>Metge adjunt d'Oncologia Mèdica, <sup>(6)</sup>Cap del servei d'Oncologia Mèdica

Fundació Althaia. Xarxa assistencial Universitària de Manresa.

Nom autora: Marta Matas Lloc de treball: Fundació Althaia. Xarxa assistencial Universitària de Manresa.

Data recepció: 27.11.2019 Data acceptació: 13.01.2020

Mail: martamatasgarcia@gmail.com

Forma citació: Matas M, Mas N, Catot S, Casado E, Cillan E, Domènech M. *Síndrome còndil occipital*. ReMUE.c@t 2020;7(2):33-35

**Motiu de consulta:** cefalea hemicranial dreta i desviació lingual

## Antecedents personals:

Sense hàbits tòxics. Al·lèrgia a penicil·lina.

- Hipertensió arterial

- Neoplàsia pròstata diagnosticada el 2009, estadiatge clínic T3bN0, estudi d'extensió negatiu. Va realitzar tractament de radioteràpia dosis total 67Gy i hormonoteràpia durant 3 anys. Recidiva local el 2017 que es tracta amb braquiteràpia de rescat. Desembre 2018 progressió òssia i ganglionar, iniciant-se anàlegs. Gener 2019 resposta clínica amb PSA 7 (previ de 14).

**Malaltia actual:** home de 74 anys que consulta a Urgències en diverses ocasions per cefalea hemicranial dreta que s'inicia a nivell cervical i irradia a òrbita dreta amb desviació ipsilateral de la llengua. Sense altra simptomatologia: no nàusees ni vòmits, no sonofòbia, no fotofòbia, no vertigen.

## Exploració física:

TA:148/92mmHg FR: 12rpm SatO2 basal: 98% FC: 74bpm T:36°C Glucèmia: 95

Pacient amb bon estat general, conscient i orientat. Hemodinàmicament estable. Normocolorejat. Normohidratat. Eupneic en repòs.

- Exploració neurològica: Glasgow 15. Pupil·les isocòriques i normo reactivas. Parells cranials conservats excepte paràlisi unilateral de nervi hipoglòs (XII) en la maniobra de protrusió lingual s'objectiva una desviació a la dreta (figura 1). No dèficits motors ni sensitius. No dismetries. No defectes campimètrics ni nistagmes. MOEs correctes. No afàsia ni apràxia. No signes de meningisme (Brudzinski i Kernig negatius).

- Auscultació Cardíaca: rítmica. No s'auscullen bufs ni freqs.

- Auscultació Pulmonar: murmur vesicular conservat. No sorolls sobreafegits.

- Abdomen: tou i depressible, no dolorós a la palpació. No es palpen masses ni megàlies. No signes d'irritació peritoneal. Peristaltisme present.

- Extremitats inferiors: no s'observen edemes. Polsos distals presents i

simètrics. No signes de trombosis venosa profunda.

- Cervical: dolor a la palpació de múscul trapezi dret. Moviments de rotació, lateralització i flexió-extensió conservats. No es palpen ganglis dolorosos.

- Orofaringe: normocolorejada i normohidratada. No signes d'amigdalitis aguda. Úvula centrada sense abombament del paladar. No masses ni exsudats. No es palpen ganglis.

## Proves complementàries realitzades a Urgències

- **ECG:** ritme sinusal. Eix QRS 60°. 70bpm. PR 0,12. QRS estret. Sense alteracions agudes de la repolarització.

- **Anàlítica:** Hemoglobina 14.8 g/dL, Leucòcits 5.0 x10<sup>9</sup>/L, Plaquetes 194 x10<sup>9</sup>/L, Inr 1, Glucosa 95 mg/dL, Urea 45 mg/dL, Creatinina 1.2 mg/dL, Filtrat glomerular 59.21 mL/min., Sodi 137 mmol/L, Potassi 4.16 mmol/L, Clorur 105 mmol/L, PCR 1.5 mg/L

- **Ortopantomografia:** sense objectivar-se alteracions agudes.

## Diagnòstic diferencial a Urgències: cefalea hemicranial i desviació lingual

- Dissecció de l'artèria caròtida: es manifesta com cefalea i parèsia de l'hipoglòs, però la cefalea sol associar-se a signes trigèmin-autonòmic que en aquest cas el pacient no presentava. Tampoc presentava factors de risc que el predisposessin a fer disseccions i amb l'angioTC es va descartar.

- Lesions traumàtiques vertebrals: podrien afectar el canal hipoglòs i donar cefalea, que s'iniciaria a nivell cervical. El pacient no té antecedent de traumatisme.

- Ictus territori bulbar: a part de la simptomatologia del pacient, esperàriem trobar altres dèficits neurològics focals associats que el pacient no presentava, com disminució de la sensibilitat termoanalgèsica ipsilateral

per afectació del nucli trigeminal, síndrome de Horner per afectació simpàtica, diplopia per afectació...

- Patologia locoregional ORL: l'exploració amb fibrolaringoscòpia va descartar altres alteracions.

- Malalties immunomediades: habitualment donen afectació concomitant de més parells cranials que el pacient no presentava.

- Neoplàsies intracranials i de base del crani: com és el cas del pacient, quan aquestes es localitzen en el trajecte del nervi hipoglòs a nivell del còndil occipital podem parlar de la síndrome del còndil occipital.

### Evolució clínica i proves complementàries fora d'urgències

En la primera visita a urgències s'orienta com a cefalea secundària a contractura cervical, es realitza TC cranial que no objectiva lesions, s'inicia tractament amb antiinflamatoris i relaxant muscular. El pacient reconsulta per persistència de cefalea de més de 3 setmanes i en la darrera visita desviació lingual a la dreta. Des d'urgències s'inicia analgèsia endovenosa i es cursa ingrés a neurologia per valorar noves proves complementàries.

El pacient prèviament a l'ingrés havia estat visitat en un altre centre on s'havia realitzat un TC de troncs supraòrtics que descartava dissecció d'artèria caròtida interna, però descrivia paràlisi de nervi hipoglòs. Se sol·licita valoració per Otorrinolaringologia que realitza una fibrolaringoscòpia on no s'observen lesions ni efecte massa.

A planta de Neurologia es realitza TC cranial i de base del crani amb contrast (figura 2) que descriu lesió lítica permeativa al costat dret de la base de l'occipital que s'estén des del penyal dret fins al forat magne amb petit component de parts toves compatible amb metastàsis. Se sol·licita una gammagrafia òssia que objectiva M1 òssies ja identificades amb el TC cranial, per tant, progressió de la malaltia.

**Diagnòstic final:** Síndrome del còndil occipital.

### Discussió

Es tracta d'un pacient afecte d'un càncer de pròstata resistent a la castració metastàtic en progressió òssia simptomàtica, amb cefalea hemicranial dreta de tres setmanes d'evolució amb desviació ipsilateral de la llengua.

El cas clínic exposat sobre la síndrome del còndil occipital es considera rellevant degut a la poca incidència del quadre, que en moltes ocasions és un signe d'alarma associat a la infiltració de la base del crani per metastàsis òssies. La lesió òssia del còndil afecta el nervi hipoglòs a través del seu trajecte pel canal ossi generant una paràlisi unilateral d'aquest i una cefalea ipsilateral característicament occipital, continua, unilateral i que precedeix a la paràlisi del nervi hipoglòs. Aquesta síndrome va ser descrit per primer cop per Greenberg el 1981 i s'han descrit múltiples etiologies: infecciosa, neoplàsica, traumàtica, aneurisma de caròtida, fistules arteriovenoses i idiopàtica. La causa més freqüent és la neoplàsica. El diagnòstic a vegades es demora donat la complexitat

del quadre clínic.

La paràlisi unilateral de l'hipoglòs en un pacient oncològic hauria de ser considerat un símptoma d'alarma i obliga a sol·licitar un estudi de neuroimatge dirigit a descartar alteracions estructurals, com infiltració o metastàsis al llarg del trajecte del nervi hipoglòs. Si se sol·licita un TC cranial preferiblement s'hauria de fer amb contrast i que inclogui talls de la base del crani.

En aquest cas es va realitzar tractament de radioteràpia pal·liativa sobre la lesió i s'inicià quimioteràpia amb Docetaxel.

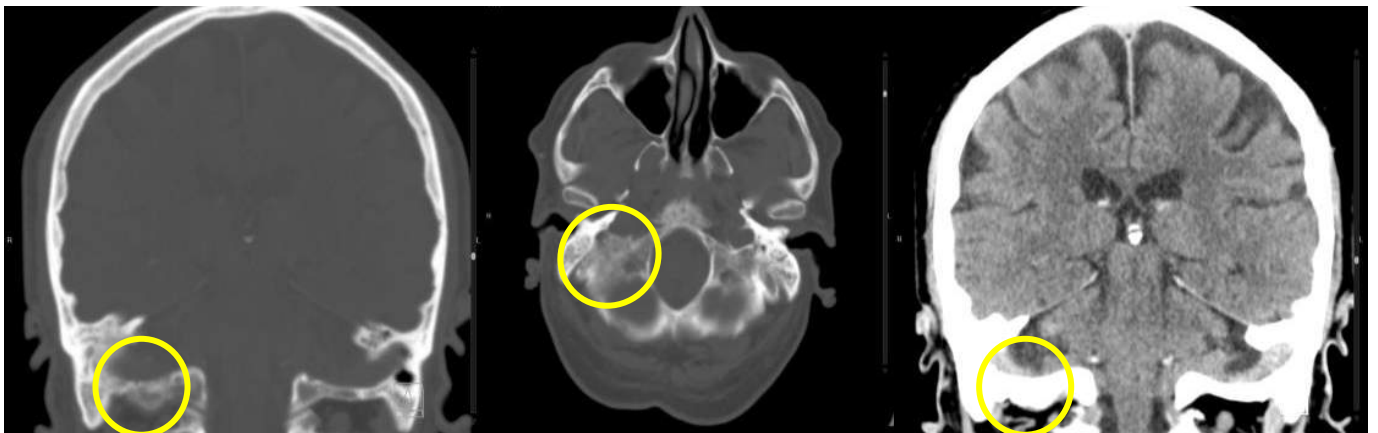
### Bibliografia

1. Greenberg HS, Deck MD, Vikram B, Chu FC, Posner JB. Metastasis to the base of the skull: clinical findings in 43 patients. *Neurology* 1981; 31: 530-7.
2. García S; Corral I. Occipital condyle syndrome as the first symptom of a metastatic hepatocellular carcinoma. Two case reports. *Rev Neurol* 2018; 66 (5): 154 – 156.
3. Martín M; Martín JM; Glavan J; Martín-Luquero M; Prieto de Paula JM. Occipital condyle syndrome as the first manifestation of a rectal tumour. Elsevier .
4. Moeller JJ; Schivakumar S; Davis M; Maxner CE. Occipital condyle syndrome as the first sign of metastatic cancer. *Can J Neurol Sci.* 2007 Nov;34(4):456-9.
5. Moris G; Roig C; Misiego M; Alvarez A; Berciano J; Pascual J. The distinctive headache of the occipital condyle syndrome: a report of four cases. *Headache* 1998 abr; 38 (4): 308-11.
6. Blomquist MH; Barr JD; Hurst RW. Isolated Unilateral Hypoglossal Neuropathy Caused by Dural Arteriovenous Fistula. *AJNR Am J Neuroradiol.* 19; 951-953, May 1998.
7. Liu MT, Lin GY, Lin CC, Cheng CA, Chen MH, Lee JT. Occipital condyle syndrome as an initial presentation of lung cancer: a case report. *Acta Neurol Taiwan* 2015; 24: 11-4.
8. Yu SJ. A concise review of updated guidelines regarding the management of hepatocellular carcinoma around the world: 2010-2016. *Clin Mol Hepatol* 2016; 22: 7-17.

## Imatges



**Figura 1.** Maniobra de protrusió lingual mostra desviació de la llengua a la dreta



**Figura 2.** Imatge del TC cranial que mostra lesió lítica permeativa a nivell occipital.

# T'has passat amb la sal!

Verónica Enguita<sup>(1)</sup>; Adrian Steinherr<sup>(1)</sup>; Sara Rubio<sup>(2)</sup>; Neus Robert<sup>(3)</sup>; Josep Maria Mòdol<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Resident Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Resident Neurologia, <sup>(3)</sup>Adjunta d'Urgències, <sup>(4)</sup>Director Mèdic Hospital Germans Tries i Pujol. Badalona

Nom autora: Verónica Anguita

Lloc de treball: Hospital Germans Tries i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: venguita.17@gmail.com

Forma citació: Enguita V, Steinherr A, Rubio S, Robert N, Mòdol JM. *T'has passat amb la sal!*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):36-37

## Motiu de consulta

Parèsia braquio-crural dreta de 48 hores d'evolució

## Antecedents personals rellevants.

Es tracta d'una dona de 33 anys, amb hàbit enòlic sever (30 UBE) consum de cànnabis i cocaïna ocasional, afecta de trastorn de conducta alimentària tipus bulímia nerviosa (restricció dietètica, consum de diürètics i vòmits), amb antecedent d'ingrés a UCI 2 mesos abans, per traumatisme cranioencefàlic (TCE) amb hematoma epidural occipit-parietal dret a causa de síncope en context de diselectrolitèmia severa (hiponatrèmia, hipokalemia, hipomagnesèmia) atribuïda a ús de diürètics crònics i vòmits de repetició.

## Malaltia actual.

La pacient consulta per episodi de 48h d'evolució de parèsia braquio-crural dreta, sense alteració de llenguatge, ni de la sensibilitat. Durant els dies previs la pacient reconeix disàrtria i sialorrea. Nega consum enòlic en els últims dies, sense febre, ni altra simptomatologia infecciosa. No explica caigudes, ni TCE associat

## Exploració física.

TA 103/79 mmHg, 122 bpm, 36° C, 100% Sat Ox. Basal. Conscient, orientada, destaca pal·lidesa cutània. Sense alteracions de l'auscultació cardiopulmonar. Abdomen tou i depressible, no dolorós a la palpació. Sense signes d'irritació peritoneal. No es palpen masses ni megàlies. Extremitats inferiors amb discrets edemes bimaleolars, sense signes de trombosis venosa profunda. A l'exploració neurològica presenta pupil·les isocòriques, normoreactives. Campimetria per confrontació sense déficits. Oculomotricitat conservada. Sense alteració de parells cranials. Hemiparèsia braquio-crural 4/5 de predomini distal a l'extremitat superior dreta (ESD) i de predomini proximal a l'extremitat inferior dreta (EID). Sense alteració de la sensibilitat, ni del llenguatge, destaca lleu disàrtria. Reflex cutani plantar extensor dret i indiferent esquerra.

## Proves complementàries realitzades a Urgències.

- Analítica: Hemograma: leucocits  $7.700 \times 10^9/\text{mL}$  (N69% L18% M8.5%) Hb 9.8g/dl Htc 27.5% Plaquetes  $417.000 \times 10^9/\text{mL}$ . Coagulació: INR 1.18 Temps de Quick 78% TTPA 27.5segons Fibrinogen 626mg/dL. Equilibri: pH 7.37 HCO<sub>3</sub> 24.3mmol/L EB -1.0mmol/L. Bioquímica: Glucosa 89mg/dL, Urea 17mg/dL, Creatinina 0.93mg/dL, Sodi 143mmol/L, Potassi 3.8mmol/L, Clorur 110mmol/L, Osmolalitat 298mOsm/kg, Proteïna 66.8g/L, Calci 9.6mg/dL, Magnesi 1.94mmol/L Bilirrubina 0.52mg/dL, ALT 13U/L, PCR 1.30mg/L, CK 29U/L, Etanol <10mg/dL.

- Tòxics en orina: positius per a cànnabis, negatius per a la resta de drogues.

- TC cranial simple urgent s'informa oralment durant la guàrdia sense sagnats, ni lesions agudes, artefacte a zona protuberancial, pendent d'informe definitiu

## Diagnòstic diferencial a Urgències.

Davant una pacient amb aquesta focalitat neurològica hem de tenir en compte els antecedents abans descrits, pel que dins el diagnòstic diferencial ens haurem de plantejar causes tòxico-metabòliques (consum de substàncies estupeficients, alteracions hidroelectrolítiques agudes), TCE associat a sagnat intraparenquimatos o lesions ocupants d'espai cerebrals d'origen infecciosos o bé neoplàsic. Com a causa vascular ens plantejaríem també la dissecció carotídea donada l'edat de la pacient. D'altra banda, una opció a considerar donat el recent ingrés a UCI per diselectrolitèmia severa seria la malaltia osmòtica desmielinitzant secundària a una correcció abrupta de la hiponatrèmia.

En últim terme, havent descartat totes les causes orgàniques podríem assumir el trastorn conversiu, donat el context de malaltia psiquiàtrica de la pacient.

## Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'Urgències.

Davant les troballes clíniques la pacient ingressa al servei de Neurologia per a estudi d'aquesta focalitat neurològica. En el moment de l'ingrés presenta una



puntuació en l'escala de Barthel de 20 (dependència severa), amb dèficit ESD musculatura distal 2/5 i dèficit EID proximal 3/5.

Es realitza una ressonància magnètica que evidencia una àrea hipointensa a T1 i homogèniament hiperintensa a T2/FLAIR que ocupa la part central del bulb, conservades les zones més externes compatible amb desmielinització osmòtica en el context clínic de la pacient.

Durant l'ingrés s'obté el resultat definitiu de la TC realitzada a Urgències que informa de presència d'hipodensitat bilateral i simètrica a la regió central del bulb i protuberància amb conservació de les zones més externes, sense efecte de massa suggestiu de mielinolisis cerebral pontina.

Revisant l'anterior ingrés a UCI, la reposició de la natrèmia es va realitzar a raó de 19 mmol/L durant les primeres 24h. Es tracta doncs d'una correcció abrupta; que justifica l'actual malaltia osmòtica desmielinitzant.

Progressivament, amb rehabilitació i suplementació de dèficits nutricionals (vitamina D, C, seleni, A i anèmia ferropènica) la pacient assoleix millora del balanç muscular, amb deambulació amb fèrula AFO. La pacient pot ser finalment donada d'alta a domicili amb una puntuació a l'escala de Barthel de 65 (dependència lleu).

#### Diagnòstic final.

Mielinolisis cerebral pontina

#### Discussió

De vegades, es perd la importància de l'anamnesi, la semiologia i els signes clínics. Aquest cas fas palès que les dades bàsiques de l'acte mèdic sempre han de guiar les nostres decisions mèdiques i no les proves complementàries.

El reflex cutani extensor dret va ser el signe clínic que donava congruència i validesa a la parèsia braquiorural dreta, en contra de la prova d'imatge inicial. Aquesta troballa tradueix dany a la primera motoneurona, i ens permet apuntar a l'origen orgànic del quadre. Guiats per això, els metges d'urgències van ingressar a la pacient per a estudi neurològic.

El cas exemplifica les greus complicacions tant de la hiponatrèmia com de la seva reposició incorrecta. No hem d'oblidar que és un motiu de consulta molt freqüent als serveis d'urgències, que en la majoria de casos, es tracta de manera efectiva i sense complicacions. Tot i això, hem de recordar que per evitar aquest tipus de complicacions greus, hem de parar molta atenció als controls analítics horaris. En els casos d'hiponatrèmia simptomàtica greu, no s'ha de suplementar un valor superior a 5 mmol/L a la primera hora, i posteriorment no superar el límit de 10 mmol/L en les primeres 24h. Evolutivament, els augments no han de ser superiors de 8 mmol/dia fins a assolir una natrèmia de 130 mmol/L.

Amb relació a la malaltia osmòtica desmielinitzant secundària a hiponatrèmia els principals factors de risc són l'abús d'alcohol i/o la desnutrició. Així doncs la nostra pacient era especialment vulnerable a aquesta complicació. Concloem doncs que tot i que és una complicació infreqüent (0.3-1,1%); donat que la

hiponatrèmia és una entitat molt habitual en els serveis d'urgències hem de tenir-la present per la seva gravetat, especialment, a la població amb abús de tòxics, amb risc de desnutrició, hem de ser especialment curosos en el tractament dels trastorns hidroelectrolítics.

#### Bibliografia

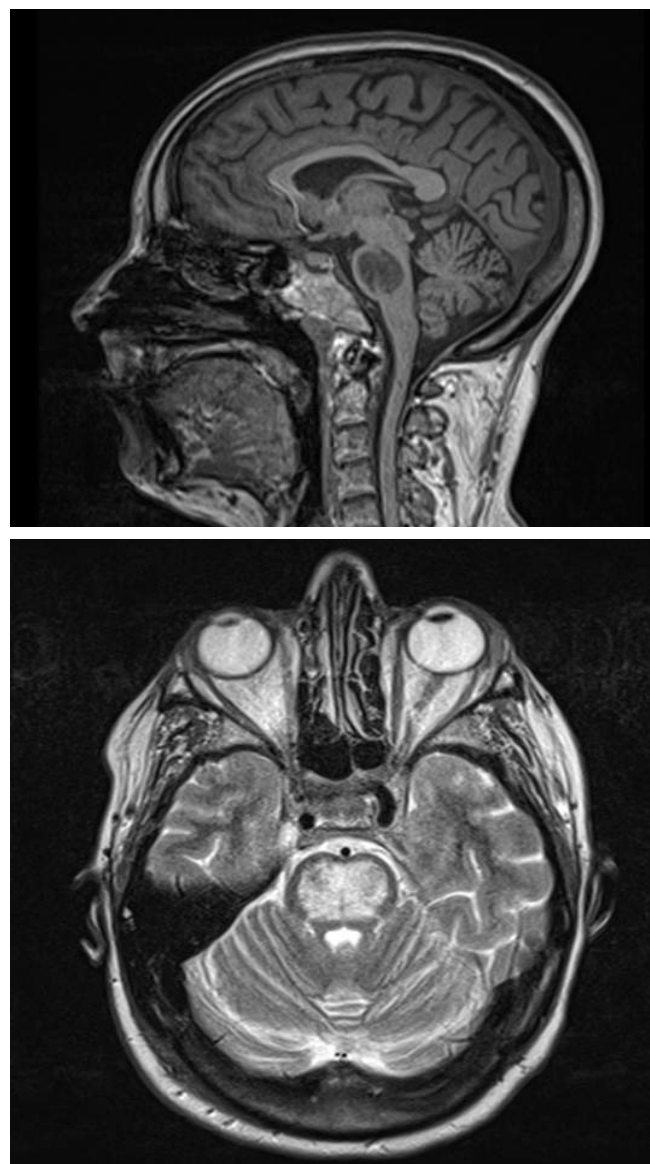
Sterns RH, Cappuccio JD, Silver SM, et al. Neurologic sequelae after treatment of severe hyponatremia: a multicenter perspective. *J Am Soc Nephrol* 1994;4.

Spasovski et Al. Hyponatraemia diagnosis and treatment clinical practice guidelines. *Nefrología*, 2017 37(4), 370–380.

Lambeck J, Hieber M, Dreßing A, Niesen WD: Central pontine myelinosis and osmotic demyelination syndrome. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 600–6.

Micieli, A., Najeeb, U., & Kingston, W. (2019). *Central pontine (and extrapontine) myelinolysis despite appropriate sodium correction. Practical Neurology, practneuro-2019-002347.*

#### Imatges



# Segueix el teu instint

Naila Canadell<sup>(1)</sup>; Neus Robert<sup>(2)</sup>; Guillem Guix<sup>(3)</sup>; Diego Tovar<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Metge Resident Medicina Familiar i Comunitària Metropolitana Nord,

<sup>(2)</sup>Metge Adjunt Servei d'Urgències, <sup>(3)</sup>Metge Resident Medicina Interna, <sup>(4)</sup>Metge Resident de Radiologia Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Nom autora: Naila Canadell

Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: nailacanadell@gmail.com

Forma citació: Canadell N, Robert N, Guix G, Tovar D. *Segueix el teu instint*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):38-40

## Motiu de consulta.

Omàlgia dreta mentre estava jugant a pàdel.

## Antecedents personals rellevants.

No al·lèrgies medicamentoses conegudes. No hàbits tòxics. Antecedents patològics:

- Hipertensió arterial en tractament amb Enalapril.
- Nefrectomia per hipernefoma amb funció renal normal.

## Malaltia actual.

Home de 65 anys que acut a urgències de traumatologia per omàlgia dreta mentre estava jugant a pàdel. En l'anamnesi dirigida, el pacient refereix dolor a l'espatlla dreta i hemitòrax dret després d'haver realitzat un mal gest mentre jugava. EVA 8/10. Donat el dolor, s'inicia tractament analgèsic endovenós intensiu. Després de 7h amb tractament endovenós amb AINEs, metamizol, paracetamol i mòrfics persistia el dolor. És per això que avisen a la guàrdia de medicina per revalorar al pacient.

A la valoració per medicina el pacient porta a urgències 7h amb el tractament analgèsic intensiu. Aquest impressiona de dolor intens. Inicialment localitzat a espatlla i que posteriorment irradia fins a hipocondri dret de característiques variants. No clar empitjorament del dolor amb la mobilització. Nega nàusees o vòmits, diarrea, dispnea, clínica infecciosa, clínica d'insuficiència cardíaca o altra clínica acompanyant.

## Exploració física.

**Constants:** Hemodinàmicament estable, saturant correctament i afebril.

Pacient amb regular estat general. Pal·lidesa mucocutània i diaforètic. A l'auscultació cardiopulmonar presenta tons cardíac regulars sense bufs ni frecs i murmuri vesicular conservat sense sorolls sobreafegits. Abdomen depressible, no dolorós a la palpació, sense masses ni megàlies. Peristaltisme conservat i sense signes de peritonisme. Signes de Murphy i Blumberg negatius. Extremitats mal perfoses, amb polsos febles i simètrics.

No dolor a la palpació de musculatura cervical, espatlla ni tòrax anterior, no limitació de la mobilitat de les extremitats.

## Proves complementàries realitzades a Urgències.

**Electrocardiograma (ECG):** RS a 60lpm, PR 120ms, aQRS 60°, QRS 0.12s, sense alteracions en la repolarització.

**Analítica:** Hemograma: Leucòcits  $14.2 \times 10^9/L$ , Hb 15.9g/L, Htc 50.3%, plaquetes  $150 \times 10^9/L$ . Bioquímica: Glucosa 110mg/dL, urea 82mg/dL, Creatinina 1.8mg/dL, Na<sup>+</sup> 136mmol/L, K<sup>+</sup> 4.5mmol/L, bilirrubina 1.26mg/dL, ALT 42U/L, amilasa 93U/L, PCR 3mg/dL, CK 478U/L, Troponina I US 6.2pg/mL.

**Radiografia de tòrax:** índex cardio-toràcic conservat. No infiltracions parenquimatoses pulmonars. No embassament pleural. No signes d'insuficiència cardíaca. Lleu engruiximent hilar bilateral. *Veure imatge 1.*

**Radiografia d'abdomen:** aire i femta en marc còlic sense signes d'oclusió intestinal.

## Diagnòstic diferencial a Urgències.

Davant un pacient de mitjana edat, únicament hipertens i monorrè, que presenta dolor a espatlla dreta que no respon a tractament analgèsic, malestar general amb diaforesis i extremitats mal perfoses el ventall diagnòstic és ampli:

L'**infart agut de miocardi** és una de les primeres entitats a plantejar, tot i que no és un dolor toràcic típic, s'ha de descartar. En el nostre pacient les troponines eren negatives i l'ECG no presentava alteracions. Així mateix també descartariem la **pericarditis aguda** per absència de concordança amb la clínica i les exploracions complementàries.

Un altra entitat seria **dolor musculoesquelètic** a nivell de manegot dels rotadors, donat que el dolor s'inicia mentre estava realitzant exercici. No obstant, no presenta impotència funcional de l'extremitat dreta,

limitació de la mobilitat ni empitjorament del dolor amb la palpació, pel que sembla poc probable.

El dolor no és de característiques pleurítiques i la radiografia de tòrax no presenta alteracions rellevants, com per pensar en un **embassament pleural**.

El tromboembolisme pulmonar podria ser una altra entitat a tenir en compte, ja que sovint la seva simptomatologia és abigarrada, però el pacient no presentava dispnea, taquicàrdia ni alteracions en l'ECG.

Una **colangitis** sembla poc probable per absència d'alteracions analítiques del perfil hepàtic/colestàsic, elevació de reactants ni febre, així com una exploració poc suggestiva.

En aquest punt del procés diagnòstic, en què totes les exploracions complementàries resultaven normals i el pacient es mantenia hemodinàmicament estable, ens podríem plantejar que no té res greu i donar-lo d'alta. No obstant això, impressiona de malestar general, pel que es fa una reavaluació de tot el que s'ha fet fins al moment. En això, s'aprecia en la radiografia de tòrax una lleu elongació aòrtica, la qual cosa fa plantejar una nova entitat clínica a descartar, la **síndrome aòrtica aguda**.

### Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'Urgències.

Davant la sospita de síndrome aòrtica aguda, es realitza pressa de tensió arterial en ambdues extremitats que no presenta diferències significatives. S'amplia l'analítica amb D-dímer que és de 4.580 µg/L. Es demana una tomografia computeritzada (TC) amb contrast toràcic i abdominal i s'avisava a la guàrdia de cardiologia perquè valori al pacient.

Durant la realització de la TC el pacient presenta episodi d'hipotensió simptomàtica pel que es manté a Urgències a l'àrea de Semicrítics. Ens informen des de radiologia del resultat provisional de la TC que evidencia una dissecció aòrtica toràcica tipus A amb afectació valvular i extensió de la dissecció fins aorta abdominal infrarenal. *Veure imatge 2*.

Per inestabilitat hemodinàmica se li realitza ecocardiografia a preu de llit, on objectiven taponament cardíac sever.

El pacient és portat a quiròfan per intervenció quirúrgica emergent. A l'inici de la intervenció presenta parada cardiorespiratòria sense èxit en la reanimació sent finalment èxitus.

### Diagnòstic final.

Dissecció aòrtica toràcica de tipus A

### Discussió

La síndrome aòrtica aguda engloba un conjunt de processos que són: la dissecció aorta, l'hematoma intradural i l'úlcera penetrant, entre les quals tenen la mateixa clínica, tractament i pronòstic. La clínica característica és un dolor toràcic sobtat, intens i esquinant, que es pot irradiar a espatlla, coll o

abdomen. Es pot acompanyar d'altres símptomes com afectació neurològica, IAM, afectació funció renal... La dissecció d'aorta presenta diferents classificacions, la més útil des del punt de vista clínic és la Stanford. Trobem: la tipus A que comporta afectació de l'aorta ascendent i la tipus B que és aquella que no afecta l'aorta ascendent. Aquesta classificació comporta un valor pronòstic. La tipus A té una mortalitat altíssima (amb o sense tractament mèdic), entre 1-2% per hora durant les primeres 24-48h i hospitalària del 74%. El tractament és quirúrgic. Per altra banda, la tipus B té una mortalitat menor, del 10-30%, i el tractament en mèdic.

La importància d'aquest cas recau en el fet que la pràctica clínica molts cops s'acompanya d'un component que va més enllà de l'acte mèdic. Aquest pacient va ser valorat per diferents metges de diverses especialitats (traumatologia i medicina d'urgències) que tot i no obtenir cap resultat alterat en les exploracions complementàries sol·licitades, van persistir en cerca d'alguna patologia potencialment greu donat que el pacient presentava símptomes que feien sospitar-la.

És per això, que amb aquest cas es vol remarcar que gràcies a seguir aquesta impressió i a seguir buscant una explicació mèdicament vàlida al que els hi passa als nostres pacients es va poder arribar a un diagnòstic i a intentar un tractament, tot i que el resultat no fos el desitjat. En aquest cas malauradament no es va poder evitar la mort del pacient, ja que la mortalitat inicial de la patologia que presentava era altíssima, com ja hem comentat.

### Bibliografia

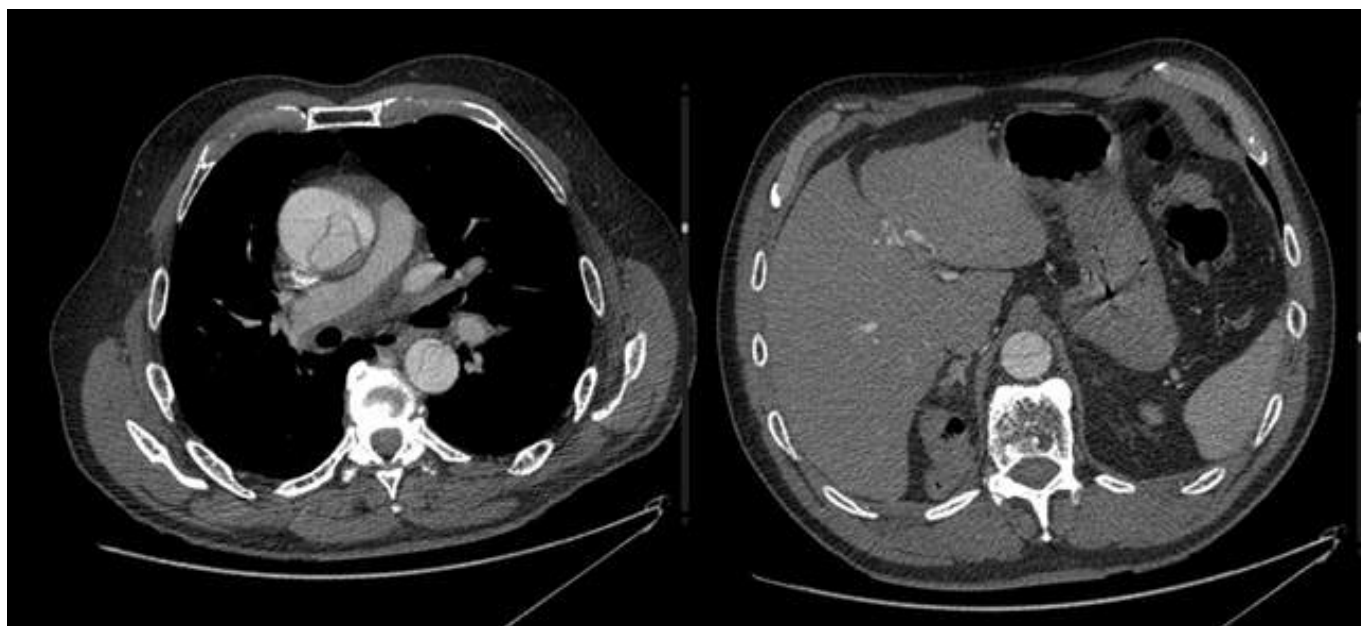
- Force members: Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Di Bartolomeo R, Eggebrecht H, Evangelista A, Falk V, Frank H, Gaemperli O, Grabenwöger M, Haverich A, Jung B, Manolis AJ, Meijboom F, Nienaber CA, Roffi M, Rousseau H, Sechtem U, Sirnes PA, von Allmen RS, Vrints CJ, 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2014;35:2873-2926.
- Chiappini B, Schepens M, Tan E, Dell'Amore A, Morshuis W, Dossche K, Bergonzini M, Camurri N, Reggiani LB, Marinelli G, Di Bartolomeo R, Early and late outcomes of acute type A aortic dissection: analysis of risk factors in 487 consecutive patients. Eur Heart J. 2005; 26:180-186.
- Trimarchi S, Sangiorgi G, Sang X, et al. In search of blood tests for thoracic aortic diseases. Ann Thorac Surg 2010; 90:1735.



## Annex



**Imatge 1.** Radiografia de tòrax: índex cardio- toràcic conservat. No infiltracions parenquimatoses pulmonars. No embassament pleural. No signes d'insuficiència cardíaca. Lleu engruiximent hiliar bilateral.



**Imatge 2.** TAC toraco-abdominal: Dissecció aòrtica toràcica tipus A amb afectació valvular i extensió de la dissecció fins aorta abdominal infrarrenal. Progressió del flap intimal a tronc innominat i artèria subclàvia esquerra, permeables. No s'identifica afectació d'artèries coronàries. Artèria renal esquerra amb origen a llum falsa, permeable i ronyó correctament perfós.



# El amor a veces duele

Gisela Sos<sup>(1)</sup>; Yenier Jiménez<sup>(1)</sup>; Celia Polanco<sup>(2)</sup>; Silvia Flores<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>R2 de MFyC, <sup>(2)</sup>Adjunt Servei d'Urgències

Hospital Sant Pau i Santa Tecla.Tarragona

Nom autora: Gisela Sos

Lloc de treball: Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: gsbc\_bcn@hotmail.com

Forma citació: Sos G, Jiménez Y, Polanco C, Flores S. *El amor a veces duele*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):41

Hombre de 32 años que acude a urgencias porque mientras mantenía relaciones sexuales refiere haber sentido un crujido en el pene, así como dolor, inflamación y deformación de este. Comentó que era la primera vez que realizaba sexo anal. El paciente estaba estable y refería sensación de opresión en el pene, así como ligero dolor. Como se aprecia en la imagen, los testes eran normales y la afectación era únicamente peneana donde presentaba inflamación y hematoma. El periné no estaba afectado. No asociaba uretrorragia ni dificultad miccional. Se orientó el caso como rotura de pene por lo que se dejó al paciente en dieta absoluta, sueroterapia y analgesia a la espera de cumplir 8h de ayuno para ser intervenido quirúrgicamente. Se le practicó incisión subcoronal que evacuó el gran hematoma procedente del cuerpo cavernoso, sutura de la túnica albugínea y revisión del cuerpo esponjoso, que estaba indemne. El paciente permaneció sondado durante dos semanas, con retirada de la sonda, sin incidencias. En la primera revisión al mes de la intervención, el paciente ya había recuperado la erección, sin presentar secuelas estéticas.



# L'hernia no podia esperar

Mercè Almirall, Carme Vidal, Sara Muñoz, Oriol Yuguero

Servei d'Urgències

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Nom autor: Oriol Yuguero

Lloc de treball: Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: oriol.yuguero@gmail.com

Forma citació: Almirall M, Vidal C, Muñoz S, Yuguero O. *L'hèrnia no podia esperar*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):42



Pacient de 52 anys, que es portada pel SEM per presentar xoc sèptic d'origen abdominal. Segons prealerta sospita de diverticulitis.

A l'arribada a Urgències, i explorar a la pacient, descobrim la imatge.

La pacient estava pendent d'intervenció quirúrgica a Hospital privat donat que era una Testimoni de Jehova. La pacient presenta una leucocitòsi i una Hb de 6 g/dl.

Davant inestabilitat de la pacient, es decideix intervenció quirúrgica. En el moment del trasllat a quiròfan el marit aporta el Document de voluntats anticipades en què rebutja intervencions si es necessita transfusió d'hemoderivats.

L'equip quirúrgic confirma la voluntat de la pacient, i realitza l'operació amb el risc de no poder transfondre a la pacient si ho requereix, i avisant del risc vital que això suposa. La família ho accepta.

Després de la intervenció quirúrgica, la pacient surt de quiròfan amb una Hb de 4,9 i amb suport d'amines vasoactives i sueroteràpia s'aconsegueix remuntar situació i la pacient es recupera.

# Unas ampollas muy particulares

Clara Giner<sup>(1)</sup>; Josefina Carrasco<sup>(1)</sup>; Jaume Farré<sup>(2)</sup>; Silvia Flores<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Resident MFyC, <sup>(2)</sup>Metge Adjunt Servei d'Urgències

Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Nom autora: Josefina Carrasco

Lloc de treball: Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: cjosefina@gmail.com

Forma citació: Giner C, Carrasco J, Farré J, Flores S. *Unas ampollas muy particulares*.

ReMUE.c@t 2020;7(2):43



Varón de 26 años sin antecedentes personales de interés, que acude por segunda vez a urgencias después de varias visitas a su médico de cabecera por aparición de lesión cutánea eritematosas y pruriginosas en palma de la mano izquierda y muñeca sin fiebre ni otra clínica acompañante. Se orienta como probable dermatitis de contacto. Se prescriben múltiples tratamientos a base de corticoides tópicos sin mejoría del cuadro por lo que se remite al dermatólogo. A la semana se presenta en la consulta de dermatología con aparente crecimiento de las lesiones y signos de infección iniciándose claritromicina 500mg c/8 horas se recoge cultivo con crecimiento de *Trichophyton* y *Staphylococcus Aureus*, añadiéndole al tratamiento Terbinafina 250 mg c/24 h. Al segundo día de tratamiento aparecen múltiples lesiones cutáneas vesiculosas localizadas en palmas y plantas muy dolorosas. Se realiza desbridamiento, se aplica antiséptico, corticoide y clotrimazol tópico con posterior vendaje.

Estas lesiones ampollosas localizadas en manos y pies se denominan reacción dermatofítides (de identidad ó id) que no están relacionadas con el crecimiento localizado del hongo, sino una reacción inflamatoria a la dermatofitosis que corresponde a un eccema deshidrótico con fenómeno de identidad. Se solicita biopsia de las lesiones con resultados de dermatitis deshidrótica.



# Massa mediastínica?

## No, arc aòrtic dret amb artèria subclàvia esquerra aberrant

Grisel.la Subirà<sup>(1)</sup>; Alba Sinfreu<sup>(1)</sup>; Marta Matas<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Metgessa Adjunta Servei d'Urgències, <sup>(2)</sup>Metgessa resident Oncologia Mèdica.  
Fundació Althaia. Xarxa assistencial Universitària de Manresa.

Nom autora: Grisel.la Subirà

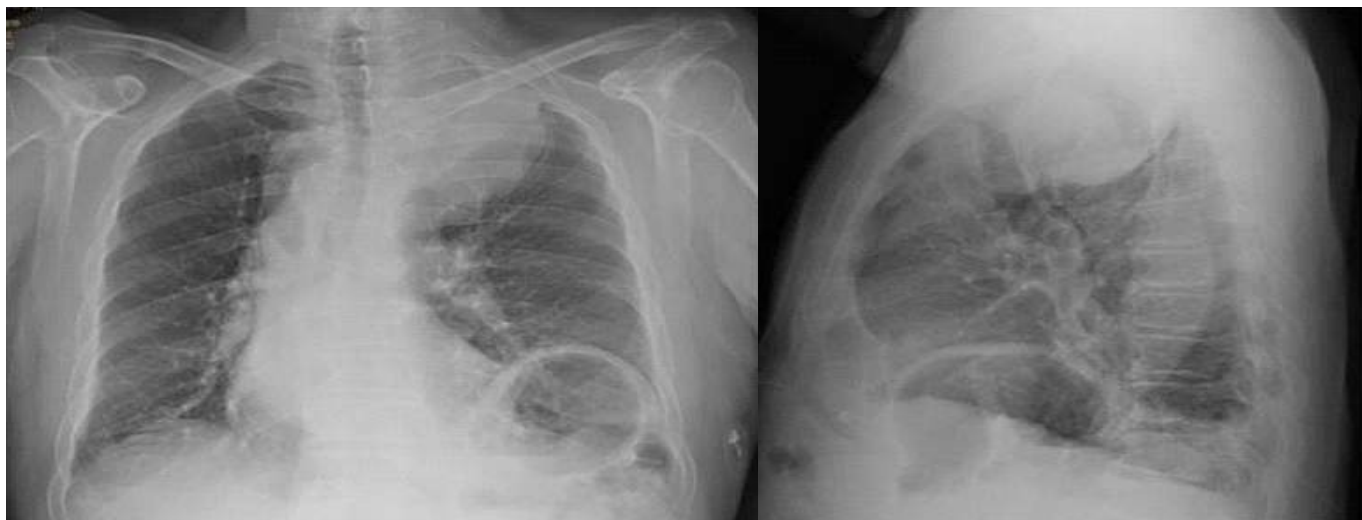
Lloc de treball: Fundació Althaia. Xarxa assistencial Universitària de Manresa.

Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: gsubira@gmail.com

Forma citació: Subirà G, Sinfreu A, Matas M. *Massa mediastínica? No, arc aòrtic dret amb artèria subclàvia esquerra aberrant*. ReMUE.c@t 2020;7(2):44



RX tòrax AP i L del primer dia de consulta a urgències per dolor toràcic.



RX tòrax decúbit, 24h després de la primera imatge.

L'arc aòrtic dret és una anomalia vascular infreqüent (prevalença del 0'05-0'1%) i forma part del diagnòstic diferencial de l'eixamplament mediastínic superior, entre el que es troba el goll endotoràcic, timoma, teratoma, limfoma... Sol resultar asimptomàtic i ser una troballa radiològica casual. Si produeix clínica sol ser per compressió de l'esòfag o tràquea (ex: disfàgia, tos irritativa...).

En el cas que es presenta, el pacient va estar asimptomàtic fins als 71 anys, quan va debutar amb dolor toràcic. La clínica va resultar de la ruptura de l'aneurisma de l'artèria aberrant subclàvia esquerra, tal com mostra la segona imatge, causant un hematoma paramediastínic/hemotòrax esquerre amb desplaçament mediastínic cap a la dreta per efecte massa, i un col·lapse del parènquima pulmonar esquerre. L'estudi es va completar amb TAC toràcic.

La RX de tòrax és la prova complementària més sol·licitada a urgències i ser sistemàtics i realitzar una correcta lectura és clau. En la primera RX podem observar una massa a mediastí superior i un botó aòrtic dret, suggerint un origen vascular de la mateixa.



# "Colon-ització" toràcica

Laia Aceituno; Miguel Villamarín; Carlos Avilés; Andrés Parra

Residents de Medicina interna.

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Nom autora: Laia Aceituno

Lloc de treball: Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

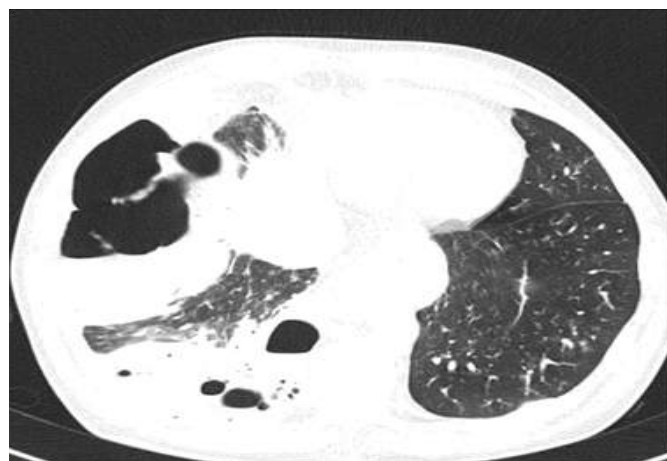
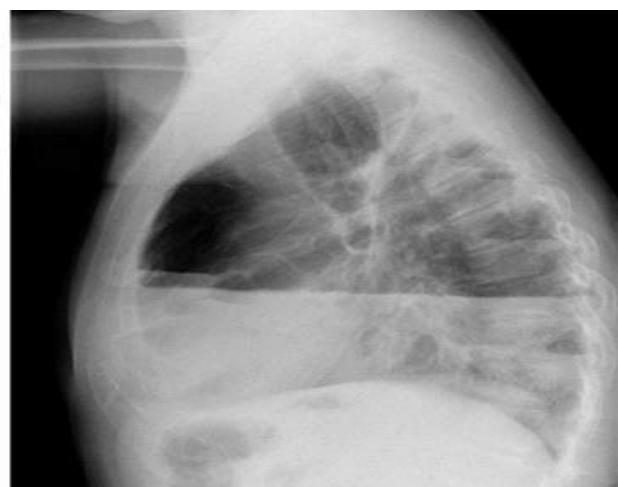
Data recepció: 27.11.2019

Data acceptació: 13.01.2020

Mail: laiaaceituno@gmail.com

Forma citació: Aceituno L, Villamarín M, Avilés C, Parra A. "Colon-ització" toràcica.

ReMUE.c@t 2020;7(2):45



A la radiografia de tòrax projecció postero-anterior i lateral, ben penetrada, ben inspirada, lleugerament rotada, destaquen imatges arrodonides consecutives amb nivell hidro-aeri que ocupen la totalitat de l'hemitòrax dret.

En el context d'un home de 44 anys sense al·lèrgies conegudes i exconsumidor de drogues via parenteral, com a antecedents patològics presenta una lesió abdominal per arma blanca sense afectació vascular ni visceral (1 any abans), asma bronquial extrínsec crònic (múltiples ingressos), tromboembolisme pulmonar múltiple bilateral, síndrome d'apnea-hipoapnea del son i esòfag de barret. Consulta per febrícula, tos sense expectoració i signes de dificultat respiratòria amb dessaturació i taquicàrdia. El ECG no mostra alteracions, analíticament anèmia microlítica,

leucocitosis i coagulopatia. La gasometria arterial mostra acidosis respiratòria acompanyada d'insuficiència respiratòria aguda. I la radiografia descrita.

El diagnòstic diferencial plantejat com a més probable és l'ocupació toràcica pel colon (translocació colònica) o l'empiema loculat, altres opcions menys probables comprenen infecció tuberculosa, múltiples bulles ocupades, entre d'altres. Finalment, es va diagnosticar d'un empiema infeccios que va ser drenat de forma quirúrgica amb millora respiratòria progressiva. Al cultiu del pus va créixer *Klebsiella pneumoniae* i *Proteus mirabilis*, va seguir tractament antibiòtic amb ertapenem fins a completar quatre setmanes amb resolució total de l'episodi.